GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

ANNÉE 1893

ANNÉE 1893

GAZETTE MÉDICALE

DE PARIS

SOIXANTE-QUATRIÈME ANNÉE — HUITIÈME SÉRIE — TOME II

DIRECTEUR, RÉDACTEUR EN CHEF

Docteur F. DE RANSE



PARIS
Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Rédacteur en chef : M. le Dr F. DE RANSE

Comité de Rédaction : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN
J. ARNOULD (de Lille), P. FABRE (de Commentry), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon)

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, avenue Montaigne (Rond-Point des Champs-Élysées)

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

LEÇONS SUR LA PHYSIOLOGIE ET LA PATHOGÉNIE DE LA DESTRUCTION DU SANG,

Par William Hunter,
M. D. Edin., M. R. C. P. Lond., etc...
Médecin assistant du London Fever Hospital.

PREMIÈRE LEÇON. — INTRODUCTION.

Messieurs, le sujet sur lequel je me propose d'attirer votre attention dans cette leçon est relativement nouveau. La destruction du sang (*hæmolysis*) n'a jusqu'ici qu'excité trop l'intérêt des physiologistes et des pathologistes. A ce point de vue, les physiologistes ont commis une grande erreur. La formation du sang (*hæmo genesis*) apparaît avoir monopolisé leur attention à l'exclusion presque complète du processus qu'implique nécessairement une rénovation du sang, c'est-à-dire une destruction du sang antérieure ; et cela à un tel point, que, tandis que les travaux sur le premier sujet sont extrêmement nombreux (les organes compris dans ce processus ont été désignés d'un nom particulier : hémato-poïétiques), ceux sur le second sont des plus rares, au moins au point de vue de ce processus comme fonction physiologique. Vraiment j'avoue ne point connaître un seul travail traitant de l'hæmolysis d'une façon systématique. Cette circonstance me rend quelque peu plus ardue la tâche présente, qui est de renfermer entre les limites de cette leçon, le résultat des recherches qui s'y rapportent, recherches que j'ai poursuivies depuis plusieurs années. Dans les conférences de « Arris and Gale » faites devant le Collège royal de chirurgie, en 1889, et dans un travail sur la pathogénie de l'anémie pernicieuse que j'ai publié en 1888, j'ai eu l'occasion de toucher brièvement ce sujet. Cependant, il ne m'était pas possible à cette époque de lui accorder toute la considération que je jugeais convenir à son importance. Je me propose aujourd'hui de combler cette lacune dans la proportion de mes moyens, et quoique je ne sache que trop combien nombreuses sont les questions que mes observations n'ont pas encore touchées, j'espère que la présente contribution à ce sujet pourra au moins servir à indiquer sur quelles parties les recherches sont encore nécessaires ; en même temps, elle pourra fournir aux investigateurs futurs un nouveau point de départ.

DÉFINITION DE LA DESTRUCTION DU SANG.

J'ai parlé de la destruction du sang comme d'un processus bien défini, se manifestant pendant l'état de santé, se faisant sous l'influence de certains agents, en de certains points et dans de certaines conditions, ainsi que cela se passe pour la formation du sang même. Que le sang soit sujet à des modifications à la fois dans ses corpuscules et

FEUILLETON

DOCUMENTS POUR SERVIR A L'HISTOIRE DE LA MÉDECINE (1)

1. — L'on sait que les rois de France et les grands princes entretenaient un certain nombre de médecins et de chirurgiens. Henri III avait 20 médecins, 15 chirurgiens dont trois renoueurs, 3 apothicaires, 6 barbiers. Louis XIII comptait une quarantaine de médecins attachés à sa personne et à sa maison, un médecin spagiriste, 8 chirurgiens, 9 apothicaires, 3 renoueurs, 1 oculiste, 1 opérateur pour la pierre (grand appareil), et 1 pour la pierre (petit appareil). Ces médecins sont connus; ils émargeaient au budget de la liste civile de ces temps-là, leurs noms se trouvent dans nos archives nationales et nos confrères Chéreau, plus récemment, mon collègue et ami Corlien, dans son intéressant travail : *La mort des Rois de France*, nous ont donné des détails complets sur la maison médicale des souverains de notre pays.

2. — Il en était de même partout et les comtes de Flandre avaient égalementleurs médecins; plusieurs sont devenus célèbres. Outre leurs honoraires et les privilèges attachés à leurs fonctions ils pouvaient compter encore sur de fort beaux cadeaux. C'est ainsi que Jacques Sacquespée reçut du duc de Bourgogne, alors suzerain de Flandre, un superbe «mulet pour avoir visité notre neven, par longtemps en sa maladie ». Le même envoyait à Pierre-Motte, son autre médecin, 10 aunes d'écarlate pour se faire un habit de cour. La charge de médecin n'était pas d'ailleurs une sinécure ; la *Gazette de hôpitaux* a rapporté un passage des mémoires d'Olivier de la Marche (T. IV) ainsi conçu : « Le duc a 6 docteurs médecins et servent iceulx à visiter la personne et l'estat de santé du prince. Et quand le « duc est à table, iceulx médecins sont derrière le bancq et « voient de quoi et de quels metz et viandes luy sont plus proufitables. »

(1) Voir la *Gazette médicale*, n° 47 et 50, 1892.

dans son plasma, nécessitant de temps en temps la rénovation de ces derniers éléments, nous avons toutes raisons de le croire, par analogie, avec ce qui se passe dans les autres tissus. Et alors la première question qui naturellement s'élève dans votre esprit est celle-ci : pourquoi désigner d'un nom particulier un processus dans les modifications du sang, processus que, dans le cas d'autres tissus, nous nous contentons d'omettre sans notification particulière.

Nous ne nous sentons pas intéressés à parler d'une destruction musculaire ou d'une destruction glandulaire, à décrire les processus de régression qui accompagnent nécessairement l'activité de ces tissus. Pourquoi alors parler d'une destruction du sang ?

En réponse à cette question, je demande en retour : Pourquoi parler davantage de la formation du sang que de la formation d'un muscle ou d'une glande? La raison dans les deux cas en est évidemment, je crois, dans les causes suivantes : en premier lieu, le mystère qui voile encore les origines et la destinée du sang excite par lui-même l'intérêt et l'investigation; et en second lieu, l'activité des autres tissus est si intimement liée à l'état du sang que le physiologiste et le pathologiste considèrent comme une question de première importance d'étudier tout ce qui peut concerner l'histoire de la vie du sang, son mode d'origine, les modifications qu'il subit et la manière dont il meurt. La plus légère déviation hors de la voie normale à n'importe quelle période de sa vie peut entraîner avec elle des résultats tout à fait hors de proportion avec l'étendue apparente du changement lui-même. L'un des objets de cette conférence sera de démontrer combien juste est cette proposition en ce qui concerne les séries de modifications qui viennent affecter plus ou moins profondément le sang normal, et combien un accroissement dans ces modifications peut être et est, dans certains cas, responsable de quelques-unes des formes les plus graves d'anémie et de maladies du sang.

PREUVES DE LA DESTRUCTION DU SANG TIRÉES DE L'ÉTUDE DES PIGMENTS.

Prévoyant dés à présent que tel sera le résultat de nos recherches, je désire attirer votre attention sur la preuve que nous possédons qu'une destruction du sang est un phénomène physiologique normal. Cette preuve est malheureusement incertaine et peu étendue. Elle varie nécessairement selon que nous portons notre étude sur le plasma ou sur les corpuscules.

Laissez-moi ici vous dire tout de suite que quand je parle du sang, je n'entends point seulement par ce mot un liquide albumineux dans lequel on trouve en suspension certains corpuscules, mais un tissu hautement organisé, un tissu auquel j'appliquerais avec assurance et sans aucune hésitation le terme de « vivant », si je ne craignais point qu'on me demandât de définir ce qu'est la vie. Cette façon de considérer le sang comme un tissu n'est point une simple hypothèse qu'on peut rejeter ou accepter selon le point de vue spécial avec lequel on aborde son étude. Au contraire, cette manière de voir constitue dans ma pensée un point cardinal dans la physiologie et la pathologie du sang. Les relations des diverses parties du sang — plasma, globules blancs et globules rouges — entre elles et avec certaines cellules dont elles tirent leur origine, pour être moins intimes, anatomiquement parlant, n'en sont pas moins aussi étroites au point de vue physiologique que celles des cellules et des matrices de n'importe quel autre tissu. J'aimerais à m'étendre sur cette question si le temps me le permettait. Il faut me borner maintenant à établir que la nature hautement organisée du sang, dont je parlais tout à l'heure, est évidente dans mon opinion, non seulement en ce qui concerne les globules blancs, mais à un égal, sinon à un degré plus élevé, en ce qui concerne le plasma et les globules rouges. Toutes ces parties sont mutuellement dépendantes les unes des autres. Nulle modification ne se produit dans l'une d'elles sans qu'elle ne soit accompagnée par une modification quelconque dans les autres. Aucune étude sur l'état du sang dans des circonstances différentes ne peut donc être complète si elle ne considère point cette dépendance mutuelle si importante de ses divers éléments. Ces remarques sont nécessaires, bien qu'elles constituent une digression. Si, au cours de cette étude, il semble que je m'appesantisse trop exclusivement sur les fonctions d'un des éléments du sang, négligeant les autres éléments en apparence, je désire vous

---

Parmi les médecins de Charles-Quint, lorsqu'il possédait les Flandres, il faut citer Cornélius, Henri Mathys et Corneille de Baersdorp.

3. — Dans la Flandre française, les maîtres apothicaires devaient être fort instruits. Le règlement de 1699, homologué par le Parlement de Douai, stipule que pour être reçu maître apothicaire, il faut avoir étudié dans un collège « jusques en rhétorique inclusivement » ; avoir été trois ans dans une officine et avoir subi un examen en présence de 2 échevins, de 2 docteurs et du mayeur des apothicaires : cet examen consistait en questions sur la « connaissance des simples, le temps de leur cœuillette, mélange, conservation, et recettes ordinaires », et en confection d'un chef-d'œuvre qui devait être un « opiat, un électuaire liquide ou solide et un onguent ou emplâtre ».

Les apothicaires de Flandre étaient organisés en corporations, comme partout, avec doyen et conseil, ils prêtaient serment entre les mains du premier magistrat de la ville ; mais, dans diverses localités, ils se nommaient en outre un connétable fonctionnaire qui était le principal chef de la corporation. Enfin, dans certaines localités, ils se sont réunis à d'autres corps de métiers, avec les épiciers-droguistes, les graissiers et les fabricants d'huile et de savon.

L'exercice de la pharmacie par les femmes a été l'objet d'une grosse discussion entre les magistrats et les corporations. A Douai, le 16 décembre 1656, le magistrat admettait une jeune fille à exercer la pharmacie, alors que la corporation des apothicaires de Cambrai refusait cette faveur à une jeune Cambrésienne, en donnant pour prétexte que « l'imagination des dames, ordinairement trop vive, serait encore exaltée par les vapeurs du fourneau. Si elles étaient exposées à ces mouvements si subits, si violents, si impétueux et néanmoins si communs dans les opérations chimiques, ne serait-il pas à craindre que ces explosions ne dérangeassent les fibres délicates de leur cerveau ? »

M. Faidherbe nous apprend encore que l'apothicaire de

faire entendre que je le fais pour quelque raison spéciale. Si, par exemple, ainsi que vous le verrez, je parle plus longuement des globules rouges que des blancs, ce ne sera point que je considère les modifications qui s'y passent comme plus importantes que celles que subissent les globules blancs; mais seulement parce que les modifications du sang dont je parle, s'étudient plus aisément pour les globules rouges que pour les globules blancs ou le plasma. Si je m'étends beaucoup sur les pigments comme preuves de la destruction du sang, et étudie minutieusement leurs caractères, leur distribution, leur mode de formation et leur sort ultime, ce n'est pas en considération de l'importance des pigments à ce point de vue, ou de la moindre importance des autres produits, dérivés, dirons-nous, de la destruction des globules blancs. Bien au contraire, la plupart des modifications que je décris, j'aurai à les rapporter à l'action des globules blancs ou de leurs congénères. Ma seule raison pour insister davantage sur les globules rouges sera que les points que j'ai désiré élucider le sont beaucoup mieux par l'étude des modifications observées dans ces globules rouges et leur constituant principal, l'hémoglobine.

Comme je l'ai déjà dit, les preuves de l'existence d'un processus spécial d'hémolysis à l'état de santé différent, naturellement, selon que nous considérons le plasma, les globules rouges ou les globules blancs. En ce qui concerne le plasma et les globules blancs, les preuves que nous possédons, bien que très importantes, sont cependant comparativement légères. Je les considérerai tout à l'heure et pour les raisons que j'ai déjà établies, j'en viens tout à suite aux globules rouges. Leur constituant principal, l'hémoglobine, n'est pas disposé dans des limites aussi lâches que le sont les constituants albumineux du plasma ou les globules blancs, lesquels ne laissent que peu ou point de traces derrière eux.

A une époque très précoce dans l'évolution de l'organisation animale apparaît un organe, le foie, dont l'une des fonctions est d'excréter du corps les divers pigments dérivés des transformations de l'hémoglobine. Une preuve importante de la destruction du sang en tant que processus normal se tire de l'étude de ces pigments, qu'ils soient excrétés sous forme de pigments biliaires et urinaires ou accumulés sous forme de pigment hématique.

A. — PIGMENT BILIAIRE. — En ce qui regarde les pigments biliaires, les preuves sont de deux ordres: il est à considérer que l'hémoglobine constitue leur origine, et que le foie est le siège de leur formation. Cela va éclaircir grandement la question si, évitant les détails, j'établis brièvement quelle est la portée de ces preuves. Par rapport à l'origine des pigments biliaires dérivés de l'hémoglobine, il y a, en premier lieu, ce fait, que je tiens actuellement comme établi (Virchow, Jaffé, Langhans, Hoppe-Seyler, Cordua et Quincke) que le pigment en cristaux, l'hématoïdine, trouvé si fréquemment dans les extravasations de sang anciennes, est chimiquement identique à la bilirubine, le pigment principal de la bile. En second lieu, il existe cet autre fait que quelques-uns des pigments qui donnent naissance aux décolorations caractéristiques des contusions ne possèdent aucun caractère distinctif, ni réactif différent de la bilirubine et de la biliverdine (Langhans, Cordua et Quincke). 1° Par conséquent en certaines circonstances, telles par exemple que celles qui viennent d'être mentionnées, l'hémoglobine du sang subit des transformations aboutissant à la formation de pigments se rapprochant extrêmement des pigments principaux de la bile, si même ils ne lui sont pas absolument identiques. Les relations de genèse entre l'hémoglobine et les pigments de la bile deviennent encore plus nettes quand on considère les connexions actuellement bien établies (Hermann, Nothnagel, Kühne, Tarchanoff, Stadelmann et Afanassiew) entre une destruction accrue de l'hémoglobine d'une part et une formation augmentée des pigments biliaires d'autre part. Les faits observés, en ce qui concerne ces connexions, sont de cet ordre-ci, qu'une injection d'hémoglobine, ou la mise en liberté d'hémoglobine, dans le sang, est suivie d'un accroissement dans la sécrétion des pigments biliaires. Il existe là un rapport si immédiat et si serré, qu'une tentative a déjà été faite par Stadelmann, tentative qui n'a été jusqu'ici accompagnée que d'un succès très partiel, il est vrai, pour prouver que ce rapport est aussi bien quantitatif que qualitatif, et que l'augmentation

---

Marguerite d'Autriche, gouvernante des Pays-Bas, nommé Jean Estocart, n'eut qu'à se louer de sa noble cliente. Il la fournissait de beaucoup de drogues, voire même d'un cheval, et pour une seule maladie de Marguerite, il aurait reçu avec le médecin Gommart, 800 livres, puis deux fiefs et plusieurs pièces de terre. Ce sont, à vrai dire, les mémoires d'apothicaire, de ce temps-là, qui ont donné lieu au proverbe si connu de nos jours. Les remèdes usités ne manquaient pas d'ailleurs d'originalité et exigeaient une manipulation minutieuse. Voici la formule de l'esprit de lombrics (*Spirutus lumbricorum Magistralis*), souveraine pour guérir les rhumes: « Ecraser une livre et demie de lombrics lavés et huit livres de limaces « écorchées dans un mortier, faire macérer deux jours dans « seize livres d'esprit-de-vin avec seize espèces de simples « végétaux, deux onces de râpures de cornes de cerf et autant « de râpures d'ivoire; puis on faisait distiller le tout. » Du reste, les substances employées coûtaient fort cher et il ne faut plus s'étonner si la reine Charlotte prenait dans l'espace de deux mois pour 105 livres (soit 3.150 francs) de médecines et de drogues diverses.

4. — L'enseignement des accouchements a été fort tardif en Flandre. M. Faidherbe le trouve établi, pour la première fois, à Lille, en 1762. Jusqu'à cette daté on se contentait d'examiner les sages-femmes. Le premier examen signalé par notre confrère date du 23 mars 1486, à Bruges. La Commission d'examen se composait de deux échevins, du greffier de la ville et de trois sages-femmes. Pendant longtemps, on ne pouvait prendre le titre et le nom de sage-femme qu'après avoir passé un examen semblable; mais un peu plus tard, il fallait justifier de trois ans d'études sous la direction d'une sage-femme reçue. Les règlements succédèrent aux règlements, l'insuffisance de l'instruction des sages-femmes était notoire, et à Lille, en 1768, les chirurgiens obtinrent du magistrat une décision par laquelle les examens des accoucheurs et des sages-femmes se feraient, à l'avenir, devant le doyen et les quatre maîtres de la communauté des chirurgiens, en pré-

dans l'excrétion des pigments biliaires est proportionnelle à la quantité d'hémoglobine rendue libre. 2° L'hémoglobine constitue ainsi une source importante des pigments biliaires excrétés tous les jours pendant l'état de santé. Nous considérerons plus tard jusqu'à quel point ces phénomènes sont preuves d'une hémolysis quotidienne.

B. — Pigment du sang. — Les pigments biliaires ne sont pas les seuls pigments qui dérivent de l'hémoglobine. En plus des divers pigments et substances chromogènes de l'urine dont quelques-uns dérivent évidemment des pigments biliaires, tandis que d'autres, selon mon opinion, tirent plus directement leur origine de l'hémoglobine elle-même, il existe une autre variété de pigment dont l'origine hématique est si évidente qu'il a reçu le nom, par excellence, de pigment du sang. Tel est le pigment qu'on trouve si fréquemment autour des extravasations anciennes et dont les caractères et l'aspect sont depuis longtemps familiers à chacun. Il diffère des pigments que nous avons jusqu'ic considérés de deux façons : d'abord, on le trouve ordinairement sous la forme amorphe ou granuleuse ; en second lieu, il contient tout le fer de la molécule d'hémoglobine originaire.

Le premier fait permet de le reconnaître au moyen du microscope ; le second permet également de le reconnaître avec facilité depuis que les méthodes micro-chimique révèlent le fer à l'aide de réactions colorantes caracteristiques. Le fer présent n'existe point sous forme de combinaison organique comme pour l'hémoglobine ; dans ce dernier cas, il ne subirait point l'effet des réactifs micro-chimiques. Il est libre, soit sous forme de sels ferreux ou de sels ferriques, soit sous ces deux formes de sels simultanément ; le plus probablement, c'est un albuminate. Il donne alors toutes les réactions du fer libre, devient noir avec le sulfhydrate d'ammoniaque, tourne au bleu de Prusse avec le ferrocyanure de potassium et l'acide chlorhydrique dilué, etc... Vous aurez, j'en suis sûr, l'occasion d'apprécier de constater combien l'emploi de ces méthodes micro-chimiques facilite la découverte du pigment là où d'autres moyens ne pourraient révéler sa présence. Bien que, ainsi que je l'ai établi, l'origine de ce pigment sanguinvienne évidemment de l'hémoglobine, et cela sans discussion possible, je ne voudrais point que vous crussiez que l'intérêt qui s'attache à sa connaissance ou à sa genèse soit par là même épuisé. Tout au contraire, au sujet de cette question en apparence simple du mode de l'origine du pigment sanguin tirée de l'hémoglobine, on a soutenu pendant près d'un demi-siècle une controverse extrêmement vive, à laquelle ont pris part trois des pathologiques les plus distingués du temps, Henle, Virchow et Kölliker. Ce n'est point mon intention aujourd'hui de raviver le feu des controverses passées ; mais à mesure que nous avancerons dans cette conférence, j'aurai à vous parler, en les effleurant seulement, de quelques points encore en discussion sur la formation du pigment du sang. J'aborderai les points à mesure qu'ils se présenteront au cours de l'étude présente.

Étendue de l'investigation. — Le pigment sanguin, en quelque point qu'on le trouve, dénote la mort de globules rouges. La première chose à faire pour estimer ce qu'il signifie est de fixer dans quels endroits on peut le trouver, dans quelles conditions, et autant que faire se peut, en quelle quantité. Si on considère combien nombreux sont les endroits et combien diverses sont les conditions où l'on peut trouver le pigment sanguin, une telle investigation pourra sembler d'une extrême étendue. En réalité cependant, si nous éliminons tous ces cas où le pigment provient évidemment de sang extravasé, nous voyons que l'étendue des recherches n'est point si grande qu'il le semblait au premier abord. Toutefois leur étendue reste encore grande, car pour arriver à quelque conclusion touchant la signification du pigment, exclusion faite des extravasations sanguines, il faut faire porter les recherches sur une étude comparative comprenant un grand nombre d'animaux d'espèces très largement différentes. Au moins, c'est là mon opinion. Mes observations ont donc été faites sur des animaux appartenant aux différents groupes des vertébrés : lapins et cobayes, chiens et chats, pigeons et canards, sur des grenouilles ; ces animaux représentaient respectivement les classes herbivore, carnivore, les oiseaux et les animaux à sang froid. Je pense qu'il est bon que la base d'observation soit ainsi étendue, car j'ai trouvé que les conclusions tirées d'une étude exclusive des mammifères ont dû être matériellement modifiées à la suite d'observations ultérieures sur des oiseaux et des amphibies. Cependant l'information ainsi obtenue n'a pas été une seule fois plus définie dans ses caractères, plus étendue dans ses enseignements que celle que m'avait donnée une étude quelque peu attentive du caractère et de la distribution du pigment trouvé chez l'homme sous différents états de santé ou de maladie. J'attirerai maintenant votre attention sur les

---

sence du médecin de la ville et du médecin démonstrateur de l'anatomie.

Dans quelques villes, à Bruges, par exemple, outre l'examen analogue passé devant la Commission nommée par l'échevin, les sages-femmes étaient interrogées par les curés ou le doyen de chrétienté sur l'administration du sacrement du baptême. Enfin, du commencement du XVIe siècle, lorsque la réforme commença à se répandre dans la Flandre, les magistrats des villes enjoignirent aux sages-femmes de présenter elles-mêmes les enfants nouveau-nés au curé de leur paroisse, et d'en retirer un certificat qu'elles devaient adresser à la chambre échevinale ; elles devaient aussi fournir la preuve qu'elles avaient communié à Pâques ; de ces injonctions, à la dénonciation des pères et mères des enfants non baptisés, des femmes non mariées qui venaient d'accoucher, il n'y avait pas loin et le secret professionnel de nos jours proteste énergiquement ; mais les mesures dont nous venons de parler n'étaient pas spéciales à la Flandre et des édits royaux analogues étaient en vigueur dans toute la France. Il faut bien le reconnaître, il était facile aux médecins de ne pas s'y soumettre, au moins dans les grands centres de population.

J'ai noté un détail intéressant dans cette notice de M. Faidherbe, les sages-femmes étaient tenues, à Bruges, de pratiquer ou de faire pratiquer l'embryotomie si l'enfant était mort, ou l'opération césarienne si la femme succombait pendant l'accouchement.

(*A suivre.*) Dr A. Dureau.

résultats de ces observations, en vous les rendant plus aisés à saisir à l'aide de photographies et de coupes projetées sur cet écran.

Pigment dérivé du sang extravasé. — Je vous montre d'abord des coupes tirées de trois organes, d'un ganglion, du foie et de la rate. Dans chacune d'elles comme vous pouvez le voir, le pigment est présent. Le ganglion en est littéralement farcie et la réaction du bleu de Prusse est extrêmement développée. Dans les deux autres organes, le pigment est beaucoup moins abondant, mais j'attire votre attention sur les points suivants. Le foie est nettement cirrhotique et vous pouvez voir, çà et là, parmi les épaisses bandes de tissu fibreux, des traînées étroites de pigment. Sa distribution est tout à fait irrégulière ; elle n'a, en particulier, aucun rapport avec les cellules hépatiques. Les traînées correspondent aux lymphatiques qui existent au milieu du tissu fibreux. La rate montre également des trabécules épaissies et une augmentation de tissu fibreux, surtout autour de ses principaux vaisseaux. Çà et là, au milieu de ce tissu fibreux, vous pourrez également voir de petites masses de pigment sous formes de traînées correspondant, comme tout à l'heure, au siége des lymphatiques. Je vous montre ensuite une coupe d'un foie chroniquement congestionné (foie muscade). Dans la zone centrale du lobule, on peut voir les cellules hépatiques plus ou moins atrophiées et contenant des particules jaunâtres de pigment. Cependant, à l'encontre du pigment signalé tout à l'heure, ces particules ne donnent aucune coloration bleu de Prusse sous le réactif. Si elles contiennent du fer, ce n'est point du fer libre, mais du fer encore sous forme de combinaison particulière. Dans tous ces cas, le pigment s'est trouvé dérivé du sang extravasé. En ce qui concerne la glande, le fait est évident ; pour le foie et la rate, cela n'est pas moins évident ; et, ce que je vous prie de noter, dans ces 2 cas, le pigment n'est point en rapport avec les cellules actives de l'organe, les cellules hépatiques et la pulpe splénique respectivement, mais est situé au milieu du tissu scléreux. Dans le foie muscade, où le pigment est en rapport avec les cellules hépatiques, je vous signalerai d'abord que ce sont les cellules de la zone centrale qui contiennent le pigment, et ensuite que ce pigment ne donne point les réactions caractéristiques du fer libre. Mon but, en vous montrant ces coupes, est de procéder en déblayant le terrain.

Au cours de cette étude, j'aurai beaucoup à vous parler de la présence du pigment dans le foie et la rate, et de la signification que l'on y doit attacher. En conséquence, je désire vous faire comprendre dès le début que dans toutes les remarques qui vont suivre, ce n'est point au pigment provenant d'une extravasation ou d'une congestion chronique que j'entends faire allusion, mais au pigment formé indépendamment de ces deux conditions et distinguable du premier pigment soit par sa situation, soit par ses qualités, et ces deux caractères simultanément.

Situations dans lesquelles on trouve le pigment sanguin. — Les trois organes dans lesquels, d'après mes observations, on trouve le pigment sanguin, indépendamment de l'extravasation et de la congestion chronique, sont le foie, la rate et la moelle rouge des os ; le rein également, dans certaines circonstances.

(*A suivre.*)

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

LE FRISSON COMME APPAREIL DE RÉGULATION THERMIQUE

Par M. CHARLES RICHET (1).

J'ai eu l'occasion de montrer à diverses reprises (*Mém. de la Soc. de Biol.*), comment les animaux résistent à la chaleur, et j'ai appelé *polypnée thermique* le phénomène qui se produit chez les chiens échauffés. Ils exhalent de l'eau par la respiration pulmonaire devenue alors beaucoup plus fréquente.

Pour résister au froid, les animaux, et l'homme lui-même, ont des procédés divers dans le détail desquels je n'insiste pas.

Mon intention ici est seulement d'étudier un de ces procédés de réchauffement, à savoir le frisson.

Le frisson est caractérisé, comme on le sait, par un tremblement général spasmodique, rythmé, de tous les muscles du corps. On ne l'a guère étudié qu'au point de vue de la pathologie et de la séméiologie. Il m'a paru intéressant d'étudier, au point de vue physiologique, ses causes et ses conditions.

Tout d'abord il faut distinguer le frisson simple et passager, du frisson répété, continu.

Tantôt, en effet, on frissonne, d'une manière permanente, pendant plusieurs minutes, et davantage encore, — certains chiens refroidis frissonnent pendant deux heures. — Tantôt, au contraire, on frissonne quelques secondes seulement.

Je n'étudierai que le frisson prolongé, d'une part, et, d'autre part, je laisserai de côté volontairement, sans entrer dans son étude, qui est très compliquée et assez confuse, le frisson toxique, ou pathologique.

Pour observer le frisson thermique chez un animal, en dehors de toute intoxication, on peut procéder de la manière suivante :

Un chien reçoit une injection de chloral et de morphine dans le péritoine, d'après le procédé que j'ai indiqué (*Bulletin de la Soc. de Biol.*) à la dose de 0,25 de chloral par kilogramme et de 0,00125 de chlorhydrate de morphine. Au bout de quelques minutes, il est à peu près complètement anesthésié. Alors on le refroidit par un courant d'eau froide, et on peut observer les conditions de son frisson.

C'est un tremblement convulsif, généralisé, qui suit d'une manière assez fidèle les oscillations respiratoires, c'est-à-dire que le tremblement augmente quand l'animal inspire, et diminue pendant la période d'expiration.

Cette différence paraît bien évidemment tenir aux variations de l'excitabilité médullaire pendant les différentes phases de l'hématose. Quand le sang est saturé d'oxygène, la moelle et le bulbe sont dans un état relatif de stabilité et d'inexcitabilité, de sorte que nuls mouvements d'inspiration ou de frissonnement ne sont commandés. Plus tard, quand l'oxygène a disparu du sang, le CO^2 du sang excite le bulbe

(1) Soc. de Biologie.

et la moelle, et alors les centres nerveux, devenus plus excitables, commandent à la fois le frissonnement et l'inspiration, qui sont alors simultanés, dépendant tous deux de l'excitation bulbo-médullaire.

Quand l'animal est profondément chloralisé, le frisson ne survient pas au moment des premières applications d'eau froide. Il ne se produit que quand la température est devenue très basse.

Il y a donc évidemment deux causes au frisson, tantôt une cause excitatrice immédiate; l'application du froid à la peau; c'est un frisson *réflexe*; tantôt un refroidissement même du corps (je veux dire du sang et des centres nerveux); c'est le frisson *central*.

Il est important de comparer ces deux modes de frisson aux deux modes de polypnée thermique que j'ai étudiés chez le chien. J'ai prouvé, en effet, qu'il y a une polypnée thermique *réflexe* due au contact de l'air chaud avec la peau, et une polypnée thermique *centrale* due à l'excitation du centre respiratoire par le sang échauffé.

De même, il y a un frisson *réflexe* dû au contact de la peau avec l'eau froide, et un frisson *central* dû au refroidissement des centres nerveux irrigués par un sang devenu froid.

Tout se passe comme si la nature assurait la régulation thermique (refroidissement par la polypnée; réchauffement par le frisson) à l'aide de deux appareils. D'abord l'appareil réflexe qui suffit le plus souvent, et qui, dans les conditions ordinaires, assure une régulation suffisante; puis l'appareil central qui répond alors seulement que l'appareil réflexe n'a pas suffi, et entre en jeu quand la température est trop élevée (41°,7 pour la polypnée; 35° pour le frisson).

Il est facile de prouver que ce frisson convulsif est dû à un centre nerveux bulbaire. En effet, si à un animal qui frissonne (lapin ou chien), on fait la section de la moelle au-dessous du bulbe, on voit le frisson cesser subitement; cependant la respiration continue, si la section a porté au-dessous du centre nerveux respiratoire.

Il est évident que les centres nerveux qui peuvent être mis en jeu, soit par une excitation réflexe (peau refroidie), soit par une excitation directe (sang refroidi), peuvent aussi être actionnés par les poisons divers qui se produisent dans les maladies fébriles.

Il est clair aussi que ces centres sont thermogènes, puisque la contraction généralisée des muscles a pour résultat immédiat une augmentation notable de chaleur.

Je noterai divers phénomènes accessoires que j'ai pu observer dans le cours de cette étude physiologique :

1° Le nombre des secousses musculaires rythmées qui constituent le frisson est d'environ dix, onze ou douze par seconde. Ce chiffre est intéressant à connaître, car il nous fournit une preuve de plus — si besoin était — que le frisson est de cause nerveuse centrale. En effet, les muscles peuvent, lorsqu'ils sont excités directement — par l'excitant électrique, par exemple — donner jusqu'à trente secousses par seconde; mais le système nerveux ne peut donner un nombre de secousses aussi grand, et le nombre des vibrations du système nerveux central ne dépasse pas dix ou douze par seconde.

2° Toute excitation psychique centrale a pour effet de diminuer ou d'arrêter le frisson; ainsi si à un chien, incomplètement chloralisé et qui frissonne énergiquement, on fait subir une excitation douloureuse, son frisson s'arrête pendant qu'il souffre et qu'il gémit.

3° Le frisson est pour ainsi dire normal et perpétuel chez les tout petits chiens maigres, à poil ras. Ils tremblent continuellement pour se réchauffer, tandis que les gros chiens, à fourrure épaisse, sont presque toujours haletants et polypnéiques, pour se refroidir.

4° La dose de chloral modifie la température à laquelle le frisson apparaît. Plus la dose de chloral est forte, plus la température du début du frisson s'abaisse. Mais je ne puis donner à cet égard des chiffres précis, qui nécessitent un grand nombre d'expériences comparatives. Quand la dose de chloral est très forte, l'animal meurt de froid sans avoir eu de frisson.

5° Outre le frisson *thermique*, qui est tantôt *réflexe*, et tantôt *central*, il y a un frisson *toxique*, et aussi un frisson *psychique*. Certains chiens très craintifs — surtout s'ils ont déjà subi une fois une opération — sont pris, dès qu'on les amène au laboratoire, d'un frisson convulsif, perpétuel, relevant de la même cause probablement, c'est-à-dire la mise en jeu d'un centre nerveux bulbaire qui préside au frisson. Seulement dans ce cas c'est l'excitation cérébrale qui l'excite, tandis que dans le cas de frisson réflexe, ce sont les nerfs sensitifs cutanés, qui sont les excitants de ce centre.

Comme conclusion générale de cette étude préliminaire, nous dirons que le frisson est un procédé de régulation thermique, qui produit de la chaleur par la contraction généralisée des muscles. Cet appareil entre en jeu soit par le refroidissement de la périphérie cutanée (frisson réflexe), soit par le refroidissement des centres nerveux (frisson central). Mais il peut aussi être dû à des intoxications diverses, ou à un stimulus partant des centres psychiques.

REVUE DES JOURNAUX

CONTRIBUTIONS A L'ÉTUDE DE LA SYRINGOMYÉLIE

I. — ESSAI SUR LA SYRINGOMYÉLIE, par Daniel CRITZMAN. (*Thèse de Paris*, 1892.)

II. — UN CAS DE TABES DORSALIS TYPIQUE ET DE GLIOSE CENTRALE CHEZ UN SYPHILITIQUE, par M. NONNE, 1892, t. XXIV, fasc. II, p. 526.)

III. — UN CAS DE SYRINGOMYÉLIE (forme tabes dorsalis), par le Dr JAGOROW. (*Société des neuropathologues et des médecins aliénistes de Moscou*, 16 novembre 1890.)

IV. — UN CAS DE SYRINGOMYÉLIE (chez un épileptique), par le Dr VOUGHT. (*New-York medical Journal*, 1892, nos 12 et 13.)

I. — M. Critzman, dans sa thèse inaugurale s'occupe d'abord des formes cliniques de la syringomyélie, qu'il classifie ainsi :

1° Syringomyélie à *forme d'atrophie musculaire progressive*, type Aran-Duchenne.

2° Syringomyélie à *forme latente*;

3° Syringomyélie à *forme Morvan*;

4° Syringomyélie à *forme sclérose latérale amyotrophique.*

La forme *tabes dorsalis*, dont on trouvera relaté plus loin un intéressant exemple, paraît avoir échappé à l'attention de l'auteur.

M. Critzmann s'est occupé ensuite des *troubles de la sensibilité dans la syringomyélie*, pour montrer que :

1° La dissociation de la sensibilité tactile, thermique et douloureuse, dite dissociation syringomyélique, manque souvent dans la syringomyélie;

2° Cette dissociation peut se présenter dans certaines autres affections du système nerveux central ou périphérique (tabes dorsalis, hystérie, hématomyélie, lèpre, alcoolisme, névrite périphérique).

3° Dans la syringomyélie, la sensibilité tactile est souvent atteinte : l'appréciation de contact, de pression tactile, de pressions tactiles simultanées, de pressions factiles successives, de relief, de perception tactile des liquides est imparfaite ou abolie.

En troisième lieu, l'auteur a discuté la *nature* et la *pathogénie de la syringomyélie*, pour soutenir que :

1° La syringomyélie n'est pas toujours due à la fonte d'une tumeur;

2° Les proliférations névrogliques péri-épendymaires, dans la syringomyélie, diffèrent essentiellement du gliome.

3° Ces proliférations de nature inflammatoire, conformément à l'idée doctrinale de Weigert, sont secondaires soit à des troubles circulatoires, soit à des lésions inflammatoires des cellules épendymaires ou des autres éléments parenchymateux de la moelle (lésions des cellules des cornes antérieures, par exemple).

La thèse de M. Critzman renferme comme pièces justificatives 18 observations de syringomyélie, avec nombreuses planches, relatives à la déformation des mains, à la distribution des troubles de la sensibilité et aux lésions spinales, dans les cas de syringomyélie.

II. — Nous parlions, un peu plus haut, de la *forme tabes dorsalis*, que peut revêtir la syringomyélie. L'observation de Nonne est un exemple de cette modalité clinique de la maladie en question.

Voici un résumé de cette intéressante observation :

Homme de 44 ans, avait contracté la syphilis en 1870. En 1872, il éprouve pour la première fois des phénomènes de paresthésie. Les muscles de la main droite s'atrophient. En 1876, douleurs névralgiques dans les membres inférieurs. Par moments diplopie. Puis à la suite d'excès vénériens et d'opérations psychiques, la vue du malade s'est affaiblie. Parésie des membres inférieurs; troubles de la miction. Diminution de la puissance génitale. Sensation de constriction en ceinture. Une cure mercurielle ne fut suivie d'aucune amélioration.

Au mois de mai 1878, on constatait un ensemble de symptômes qui imposait le diagnostic tabes dorsalis : myosis; abolition des réflexes pupillaires; phénomène de Romberg; signe de Westphal; atrophie des nerfs optiques, ataxie. Analgésie et atrophie musculaire dans la portion de l'avant-bras innervée par le cubital.

Au mois de septembre 1890 se développa une paralysie complète des membres supérieurs, à marche subaiguë. Puis le malade a eu des attaques apoplectiformes; sa mémoire s'est mise à baisser, il a présenté de l'aphasie amnésique, des accès de dyspnée. Mort au mois d'octobre 1890.

A l'autopsie on a trouvé : des altérations des cordons postérieurs, avec les caractères topographiques qu'on leur trouve dans les cas de tabes dorsalis. En outre, le centre de la moelle était occupé par une néoplasie gliomateuse, qui s'étendait depuis la partie supérieure du segment cervical jusqu'au niveau de la dixième paire dorsale. Dans sa partie inférieure, la néoplasie se continuait avec des altérations des cordons postérieurs. Aussi l'avis de M. Noune est-il qu'il existait des liens de filiation entre la gliomatose centrale et la prolifération de la névroglie, qui constituait la lésion des cordons postérieurs.

Un foyer de ramollissement, de date récente, rendait compte de la paralysie des membres supérieurs. On a constaté en outre l'existence d'une lepto-méningite cérébrale chronique, ainsi que des altérations syphilitiques des tuniques interne et moyenne de l'artère basilaire.

Bref, l'intérêt du cas peut se résumer dans ces mots : syringomyélie, de nature manifestement syphilitique, ayant évolué sous les dehors du tabes dorsalis classique.

III. — M. Jegorow, de Moscou, a communiqué à la Société des neuropathologues et des médecins aliénistes de cette ville une observation semblable à la précédente.

Il s'agit d'un sujet syphilitique, qui de son vivant avait présenté les symptômes suivants : paraplégie des membres inférieurs, avec atrophie musculaire, abolition du réflexe patellaire, anesthésies, perte des réflexes pupillaires.

A l'autopsie, on a trouvé une dégénérescence des cordons postérieurs présentant la même disposition que dans les cas de tabes dorsalis, une méningite de la portion terminale du nevraxe, les altérations syphilitiques des vaisseaux, enfin quelques excavations linéaires dans la moelle, qui paraissaient avoir des liens de filiation avec l'hyperphasie de la névroglie, constatée dans les cordons postérieurs.

IV. — M. W. Vought a relaté une observation de syringomyélie qui présente cette particularité intéressante, que le sujet était atteint depuis sa première enfance d'une hydrocéphalie chronique. En outre, à partir de l'âge de 19 ans, il était tombé dans des attaques d'épilepsie. Les premières manifestations classiques de la syringomyélie s'étaient montrées une année auparavant. A noter comme particularité curieuse, que dans la région de l'hypochondre droit et dans la région lombaire du même côté les impressions de froid étaient perçues normalement, mais non les impressions de chaud. Le malade a succombé aux progrès de la consomption. L'autopsie n'a pas eu lieu.

V. — Une observation de L. Stembo est un de ces faits cliniques qu'on eut rattachés, il y a quelques années seulement, à l'atrophie musculaire progressive du type Aran-Duchenne, et qu'on n'hésite pas aujourd'hui à diagnostiquer comme un exemple de syringomyélie.

Les signes et symptômes chez le malade en question étaient, indépendamment d'une atrophie musculaire progressive marquée surtout aux membres supérieurs : l'abolition du réflexe patellaire, et la dissociation de la sensibilité tactile, (intégrité de la sensibilité à la douleur), plus un hygroma de la bourse olécranienne.

E. RICKLIN.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Leçons de clinique chirurgicale professées a l'hopital Saint-Louis pendant les années 1887 et 1888, par M. le Dr Péan, membre de l'Académie de médecine. — Paris, Félix Alcan, 1892.

Ce tome, qui est le huitième, est divisé comme les précédents en trois parties;

La première contient une vingtaine de leçons dont 8 ont trait à la médecine opératoire, 4 à la méthode de morcellement qui, après avoir été vivement critiquée, finit par être adoptée et par porter ses fruits, 6 à des sujets de clinique ou de médecine opératoire à l'ordre du jour tels que les rétrécissements du cœcum, la trépanation dans l'épilepsie, les tumeurs intra-craniennes.

La seconde renferme toutes les observations des malades qui ont été traités dans le service pendant les années 1887 et 1888 ainsi que les opérations qu'ils ont subies. Sur 536 opérés il n'y a eu que 12 décès, dont 5 seulement sont imputables à l'opération, résultat qui dispense de commentaires.

La troisième comprend la statistique des gastrotomies pratiquées par l'auteur pour l'ablation des tumeurs abdominales et pelviennes du 1er janvier 1888 au 1er janvier 1890. Ces opérations, au nombre de 402, forment la huitième série et portent à plus de 1.500 le chiffre de celles que M. Péan a pratiquées de 1864 jusqu'à cette époque. Voici comment elles se répartissent: 181 tumeurs liquides ou solides de l'utérus, dont 20 par voie abdominale avec 2 insuccès; 134 tumeurs liquides ou solides des ovaires, des trompes et des ligaments larges, dont 127 par voie abdominale avec 3 insuccès et 4 par voie vaginale avec succès; 12 tumeurs du mésentère avec 10 succès; 8 du bassin avec 7 succès; 1 de la paroi abdominale, succès; 11 du foie et de la vésicule biliaire sans insuccès; 4 de l'estomac avec insuccès; 19 de l'intestin avec 18 succès. Ces résultats favorables semblent dus, au moins en partie, aux méthodes créées par M. Péan pour faciliter l'ablation de ces diverses productions morbides.

Épuration de l'eau de boisson, par M. Burlureaux, (*Archives de médecine expérimentales*, 1er septembre 1892.)

Depuis qu'on connaît le rôle pathogénique de l'eau de boisson, tous les efforts tendent à débarrasser cette dernière de ses principes nocifs. On y parvient plus ou moins complètement en la soumettant à l'ébullition ou en la filtrant, ou en la traitant par les procédés récemment préconisés hier par M. Babès, aujourd'hui par M. Burlureaux.

Le professeur agrégé du Val-de-Grâce donne son moyen de stérilisation comme facile, sûr, n'offrant aucun danger, améliorant l'eau, applicable à des quantités illimitées et très économique, car le prix de revient en grand varierait entre 2 et 10 centimes le mètre cube; il est basé sur les réactions multiples que fait naître l'addition à l'eau ordinaire d'un mélange de chaux vive, de carbonate de soude, d'alun et même de sulfate de fer.

Voici les trois formules « d'anti-calcaire » qu'emploie M. Burlureaux et qui lui ont été fournies par M. Maignen:

Pour les eaux qui, comme l'eau de Vanne, contiennent plus de bicarbonate que de sulfate de chaux:

Poudre de chaux vive.........	9	parties.
Poudre de carbonate de soude..	6	—
Poudre d'alun...............	1	—

Pour les eaux qui contiennent plus de sulfate que de bicarbonate:

Poudre de carbonate de soude..	9	parties.
Poudre de chaux vive.........	5	—
Poudre d'alun...............	1	—

Pour les eaux qui contiennent peu de chaux, telles que les eaux de citernes et celles de rivières peu chargées comme l'eau de Seine:

Poudre de chaux vive.........	9	parties.
Poudre de carbonate de soude..	5	—
Poudre d'alun...............	1	—
Poudre de sulfate de fer.......	1	—

S'il est possible de préciser le rôle de la chaux transformant le bicarbonate de chaux soluble en carbonate insoluble, et de montrer le carbonate de soude donnant par la double décomposition du sulfate de chaux normalement contenu dans les eaux, du carbonate de chaux qui se précipite et du sulfate de soude qui reste en solution, il n'est pas aisé de déceler les réactions complexes qui se produisent par l'action des trois premières substances. Pour ce qui est des eaux calcaires et séléniteuses traitées par les préparations ne contenant que de la chaux, du carbonate de soude et de l'alun, les changements de milieu sont le résultat des réactions chimiques entre les réactifs et les sels dissous dans l'eau; dans les eaux peu ou pas calcaires traitées par la préparation contenant du fer, les changements de milieu sont le résultat de l'action des réactifs eux-mêmes les uns sur les autres, actions multiples, complexes et rapides, défiant presque l'analyse chimique, produisant des précipités abondants et denses qui tombent en peu de temps.

La dose des réactifs mélangés variera suivant le degré hydrotimétrique de l'eau. Toutefois, dans la pratique domestique, lorsqu'on n'a pas les moyens de trouver le titre de l'eau on peut, dit M. Burlureaux, procéder de la façon suivante. Dans un broc de 10 litres de l'eau à traiter on ajoute 3 grammes d'anticalcaire, on agite et on goûte; si l'eau n'a pas une saveur alcaline on ajoute un autre gramme et ainsi de suite jusqu'à ce que l'eau ait une saveur alcaline. En restant quelque peu au-dessous du chiffre ainsi trouvé, on aura obtenu la dose maniable. Cette dose varie en général de 0 gr. 30 à 0gr. 50 centigrammes d'anti-calcaire et n'altère pas le goût de l'eau.

Mais ici l'épuration chimique et l'épuration bactériologiques marcheraient-elles de pair? C'est par l'affirmative que répond M. Burlureaux. Il résulte d'expériences multiples faites par lui ou par ses collaborateurs sur l'eau de Vanne, sur une eau très séléniteuse d'un puits de Saint-Denis, sur l'eau des drains de Gennevillers, sur une eau détestable du nord de la France, sur une eau également très chargée de sels envoyée des confins de la Tripolitaine, qu'en débarrassant l'eau de la chaux qu'elle renferme on la débarrasse en même temps de ses microbes.

A l'occasion des expériences faites par M. Burlureaux sur l'eau de Médénéne dont l'analyse chimique effectuée à l'hôpital de Gabès décelait 0 gr. 295 de magnésie par litre, je ferai remarquer que son anticalcaire est doublement précieux puisque, tout en stérilisant, il vient très heureusement résoudre la question de la correction des eaux magnésiennes et séléniteuses à la solution de laquelle déjà, en 1881, deux pharmaciens militaires, MM. Strohl et Bernou avaient consacré leurs efforts. Ces derniers, à la suite d'études entreprises à la demande du général Marity, commandant supérieur du génie

en Algérie, en étaient arrivés à recommander le procédé suivant qui n'était pas dépourvu de tont danger tout en restant relativement onéreux ; traiter d'abord l'eau par un lait de chaux, faire agir ensuite une certaine quantité de withérite (carbonate de baryte naturel) finement pulvérisée, agiter souvent et laisser déposer. La magnésie se trouvait précipitée par la première réaction, toute la chaux passée à l'état de sulfate se déposait dans la seconde.

Le jour où il sera bien démontré, dit en terminant M. Burlureaux, qu'une bonne épuration chimique entraine l'épuration bactériologique et fait d'une eau défectueuse une eau potable et sans microbes, MM. les ingénieurs trouveront facilement des procédés pratiques d'épuration et la question d'épuration des eaux prendra l'importance qu'elle mérite ; elle entrera alors dans la pratique courante non seulement pour la vie domestique, mais aussi et surtout pour l'usage de toute l'eau d'alimentation des villes dépourvues d'eau de source.

Du lit plâtré dans le traitement du mal de Pott (avec figures dans le texte), par M. Richard. — Th. Paris.

Le mal de Pott est considéré aujourd'hui par presque tous les auteurs comme une ostéite tuberculeuse vertébrale. Aux lésions initiales, tubercules enkystés et infiltration tuberculeuse, succèdent de vastes foyers destructifs. Une ou plusieurs vertèbres disparaissant, la colonne vertébrale est interrompue et le rachis s'infléchit en avant sous le poids du corps, produisant une saillie médiane angulaire ou arrondie. La formation de l'angle rentrant a pour conséquence une gibbosité.

A côté des lésions ulcératives dépendant de la tuberculose, deux facteurs agissent sur la formation de l'inflexion vertébrale, la contracture musculaire, le poids des parties. La connaissance de ces faits importants est un guide précieux dans le traitement du mal de Pott, elle montre que la position horizontale peut seule permettre de supprimer l'action de la pesanteur des parties supérieures du corps, une des causes principales de l'aggravation des lésions tuberculeuses vertébrales,et que,combinée avec l'immobilité, elle agit même efficacement sur la contracture musculaire. Aussi retire-t-on les meilleurs effets de l'emploi de la gouttière rigide de Bonnet, à valve mobile de Nicaise, de l'appareil de Rauchfuss, de Phelps, de Beely et de la série interminable des corsets en plâtre de Sayre, en cuir de Mathieu, en feutre de Walsham, en bois de Walluch. Mais il faut bien le dire, aucun de ces moyens orthopédiques ne présente la valeur du lit plâtré.

Recommandé par Lorenz, préconisé par M. Redard, l'habile chirurgien du dispensaire Furtado-Heine, le lit plâtré a, entre autres précieux avantages, d'être simple et de n'exiger que des matériaux d'un prix peu élevé. La construction diffère légèrement suivant que le mal de Pott siège dans la région dorso-lombaire ou dans la région cervicale. On prend la précaution préalable,dans le premier cas de disposer des coussins durs sous le front, sous la région claviculaire et sous les cuisses de l'enfant, mis en décubitus abdominal afin de permettre à la partie moyenne du rachis de s'affaisser vers le plan sous-jacent en prenant une forme lordosique ; et dans le second de soutenir toute la face antérieure du tronc,depuis les clavicules jusqu'aux cuisses, par un matelas ayant une hauteur uniforme de 5 à 6 centimètres, tandis que sous le front on place un coussin juste assez épais pour que l'occiput et la surface du dos soient dans un même plan. Reste ensuite à recouvrir toute la surface postérieure du corps d'une couche d'ouate, du vertex jusqu'à la partie postérieure et inférieure des cuisses, ouate par-dessus laquelle on étend du calicot pour l'empêcher de coller aux bandes plâtrées. On doit placer cinq systèmes de bandes longitudinales dont trois partent du vertex en rayonnant ; la moyenne suit la ligne médiane du rachis, les deux latérales vont en diagonale depuis le vertex jusqu'à la moitié pelvienne correspondante. Deux autres bandes longitudinales servent surtout à renforcer les parois latérales du lit plâtré et vont depuis les plis axillaires sur la face latérale du tronc jusqu'à la limite inférieure du lit.

Quand la couche plâtrée a atteint une certaine épaisseur on applique des bandes transversales depuis le vertex jusqu'au bassin. Ces bandes doivent couvrir exactement les parois latérales du tronc. Pour renforcer cette carcasse thoracique on ajoute entre les bandes transversales des copeaux à placage placés longitudinalement et s'entre-croisant. Afin d'économiser les bandes on peut recouvrir le lit plâtré d'une couche de coton de bois trempé dans une bouillie plâtrée. Dans un dernier temps on serre toutes ces couches à l'aide d'une bande de toile en les appliquant exactement sur le tronc.

Le lit plâtré, qui exige d'autres petits menus soins de confection dans le détail desquels il ne nous est pas possible d'entrer,permet le transport facile des malades au grand air. Facilement supporté, il agit principalement sur les phénomènes douloureux et de contracture, prévient les attitudes vicieuses et la formation des gibbosités. Il place les vertèbres tuberculeuses dans les conditions les plus favorables à la guérison et évite la formation des abcès. Surtout utile dans la première période du mal de Pott, il rend des services dans les périodes plus avancées en empêchant l'augmentation des gibbosités et en agissant favorablement sur les abcès froids et les paralysies.

Élève de M. Redard, assidu par conséquent aux consultations du dispensaire Furdado-Heine, M. Richard a recueilli dans la pratique de son savant maître une série d'observations servant de base à son mémoire qui démontrent à l'évidence la supériorité du lit plâtré dans le traitement de la tuberculose vertébrale.

Ch. Amat.

BULLETIN

Académie des sciences : Élévations thermiques sous l'influence des injections des produits solubles microbiens. — Évolution des fonctions de l'estomac.

Académie de médecine : Du nombre et de la longueur des tænias qu'on rencontre chez l'homme. — Influence ethnique des guerres en France.

Société médicale des hôpitaux : Essai de traitement de la tuberculose pulmonaire par les injections interstitielles de chlorure de zinc.

Nombre d'expérimentateurs ont constaté l'hyperthermie produite par l'injection des produits solubles microbiens. MM. Bouchard et Charrin, qui ont déjà fourni leur contingent à ces expériences, se sont livrés à des études nouvelles, soit au laboratoire, soit à l'hôpital, et en ont communiqué les résultats à l'Académie des sciences.

Chez divers malades, tuberculeux, convalescents de fièvre typhoïde, ataxiques, myxœdémateux, ils injectent de 1/2 à 1 centimètre cube d'une culture stérilisée du bacille pyocyanique et ils notent les faits suivants :

Les toxines du bacille pyocyanique élèvent la température et peuvent même provoquer l'ensemble des phénomènes décrits par Koch sous le nom de réaction.

L'élévation thermique est d'autant plus marquée que la dose est plus forte, la culture plus âgée, les milieux de culture plus riches en principes albuminoïdes.

Les tuberculeux sont, de tous les malades, ceux chez lesquels l'hyperthermie et les phénomènes réactionnels acquièrent le maximum d'intensité.

La culture filtrée à la bougie agit infiniment moins que celle qui contient les cadavres des bacilles.

— Dans des recherches précédentes sur le chimisme gastrique, poursuivies en collaboration avec M. Hayem, M. Winter concluait que « dans l'étude d'une digestion quelconque, il est indispensable d'examiner le liquide gastrique à divers moments de cette digestion, on pour le moins d'établir les lois générales de son évolution dans des conditions bien déterminées. »

Pour donner un exemple de l'intérêt de cette proposition, M. Winter, expérimentant sur un chien à fistule gastrique, nourri avec de la viande et de l'eau en quantités connues, a limité ses recherches aux éléments chlorés, et, procédant suivant les règles rigoureuses de l'analyse chimique et de l'analyse mathématique, est arrivé à conclure : 1° que les faits révélés par l'analyse évoluent d'après des lois mathématiques ; 3° que les faits de la digestion, de la sécrétion, de la dissolution cellulaire constituent des fonctions indépendantes les unes des autres, mais reliées entre elles par des relations chimiques, mécaniques et physiques ; 3° qu'un des principaux facteurs de cette liaison est la concentration qui s'accomplit dans l'estomac, c'est-à-dire les phénomènes osmotiques dont cet organe est le siége.

— M. Bérenger-Féraud poursuit ses recherches sur le tænia. Dans une note que M. Laborde a lue en son nom à l'Académie de médecine, il s'est plus spécialement occupé du nombre et de la longueur des tænias qu'on peut rencontrer chez l'homme. On trouve parfois plusieurs tænias armés, rarement et exceptionnellement plus de 5. Le nombre des tænias inermes et des bothriocéphales qu'on peut rencontrer est beaucoup plus considérable : on a vu jusqu'à 60 tænias inermes et 100 bothriocéphales. Les trois espèces de tænioïdes peuvent se trouver réunies chez le même individu.

La longueur des tænias est très variable. Si l'on compte tous les anneaux rendus successivement, on peut arriver à des longueurs considérables, 250 mètres, par exemple. Mais on commet ainsi une erreur, et l'on ne doit tenir compte que des anneaux expulsés en même temps. Même en opérant ainsi, on peut, dans le cas où il existe plusieurs tænias, trouver des longueurs exceptionnelles. M. Bérenger-Féraud cite à ce propos le cas d'un mécanicien de la marine qui rendit d'un seul coup trois tænias inermes, mesurant respectivement 37, 43 et 74 mètres, soit au total 154 mètres.

— M. Lagneau, qui ne cesse de poursuivre ses études démographiques, a fait à l'Académie une courte communication sur l'influence ethnique des guerres en France. Les grandes guerres de la première République et du premier Empire, par les appels énormes qu'elles ont exigés (1.380.000 hommes, en 1794 et 1.390.000, en 1814) ont eu naturellement pour effet une diminution de la natalité dans l'année suivante. Cependant sous l'Empire, les hommes mariés n'étant pas appelés, bon nombre de jeunes gens se mariaient pour éviter l'appel, et de ce fait le nombre des mariages s'était accru.

La mortalité dans l'armée tient moins aux coups reçus sur les champs de bataille qu'aux conditions hygiéniques dans lesquelles se trouvent les troupes. Sous la Restauration, par exemple, en l'absence de grandes guerres, le coefficient de cette mortalité s'est élevé de 10 à 22 p. 1000. On soit, d'un autre côté, d'après les remarquables travaux de Chenu, que, durant la campagne de Crimée, 93.000 hommes, soit près du tiers de l'effectif, trouvèrent la mort, mais que les 9/10 environ succombèrent aux maladies.

M. Lagneau fait observer que les documents pour bien apprécier les effets de toutes ces guerres font défaut. En 1851, il a été décidé qu'on publierait la morbidité et la mortalité des corps d'armée. C'est ce qui a lieu, en effet, pour les troupes de l'intérieur et de l'Algérie, mais non pour nos autres colonies. Or, il y a là une lacune regrettable, car, pour les expéditions lointaines, comme celles du Tonkin, du Dahomey, etc., on se prive de renseignements pouvant faire prendre d'avance toutes les précautions, toutes les mesures propres à sauvegarder de nombreuses existences dans le corps expéditionnaire. Les Anglais nous donnent à ce sujet un salutaire exemple : ils sont, à l'inverse de nous, prodigues de leur argent et économes de la vie de leurs soldats.

Tout en reconnaissant, avec M. Lagneau, que nous avons fait quelques progrès dans ce sens, pendant notre dernière expédition au Dahomey, on ne peut que se joindre à lui pour appeler sur ce point si important l'attention des pouvoirs publics.

— On a vu plus haut, à propos des recherches de MM. Bouchard et Charrin, que les tuberculeux réagissent plus vivement que les autres malades sous l'influence des toxines engendrées par les microbes. Il y a là comme une indication, une sorte d'invite à les choisir de préférence comme sujets d'expérience. D'autre part, le nombre hélas ! si considérable de personnes atteintes de tuberculose et l'impuissance si fréquente des moyens ordinaires que nous offrent l'hygiène et la thérapeutique, justifient d'avance bien des hardiesses. C'est ainsi que, pour la phthisie pulmonaire, on a ouvert et drainé des cavernes tuberculeuses, qu'on a même extirpé entièrement le sommet d'un poumon tuberculeux ; qu'ailleurs on a fait des injections intra-pulmonaires de sublimé, de teintre d'iode, de pyoctanine bleue, de naphtol camphré, etc. On a enregistré queques succès ou plutôt quelques demi-succès, mais les faits de ce genre sont restés isolés. Ils ont cependant encouragé M. Comby à tenter un nouvel essai, en appliquant à la tuberculose pulmonaire la méthode sclérogène instituée par M. Lannelongue pour le traitement des tuberculoses chirurgicales. Chez 3 malades de son service, atteints de tuberculose pulmonaire localisée à un sommet, il a pratiqué de 3 à 6 injections intrapulmonaires avec une solution de chlorure de zinc qui a varié de 1 p. 50 à 1 p. 20. Ces injections, quand on ne dépasse pas 3 divisions de la seringue de Pravaz, ne sont pas douloureuses, ne provoquent pas de sensations pénibles et sont parfaitement tolérées par les malades ; on peut, sans danger, les répéter tous les trois on quatre jours. C'est là, du reste, la seule conclusion qu'on puisse tirer des premiers essais de notre confrère. Le résultat

thérapeutique lui a paru favorable; mais son champ d'observation a été trop restreint pour qu'il se prononce sur ce point. C'est déjà un fait intéressant de savoir qu'on peut appliquer sans danger la méthode sclérogène au traitement de la tuberculose pulmonaire; de nombreux essais ne tarderont pas à se produire et les observations, en se multipliant, montreront ce qu'on peut attendre de ce mode de traitement.

Dr F. de Ranse.

MÉDECINE PRATIQUE

Asthme.

Extrait d'euphorbia pilulifera.....	III gouttes.
Nitroglycérine.....................	3/10e de milligr.
Iodure de sodium................	0,10 centigr.
Bromure de potassium...........	0,10 —
Teinture de lobélie.............	II gouttes.

A prendre en une seule dose qui peut être répétée deux ou trois fois dans la journée.

(*New-York, Med. Record*, 9 avril 1892.)

Phénacétine comme topique.

Lee (*Memphis med. Monthly*, n° 10, 1892) conseille comme topique, en poudre sur des ulcères de diverses natures, la phénacétine qui agirait comme anesthésique, antiseptique et stimulant.

NOTES ET INFORMATIONS

Le nouveau local de l'Académie de médecine. — Si, depuis vingt ou trente ans, on s'amuse à parcourir les discours des présidents sortant de l'Académie de médecine, on trouvera, à propos du local occupé par la savante compagnie, à peu près constamment le même cliché, qui peut se résumer ainsi: Misère indescriptible, promesses réjouissantes, espérances déçues. Le cliché, cette année, a changé: la misère est la même, mais les promesses ont été en partie tenues et l'Académie peut légitimement se remettre à espérer.

C'est à M. Tarnier, aidé de M. Bergeron, qu'on doit en grande partie ce commencement de réussite. Nous disons commencement, car si l'Académie, qui a été autorisée à échanger le terrain qu'elle avait avenue de l'Observatoire, contre un immeuble de la rue Bonaparte, entrevoit dans un avenir prochain un local plus digne d'elle, il lui faut, avant de disposer ce local et de déménager, payer une soulte assez considérable, qu'elle doit attendre de la générosité de l'État, à moins que, cédant à l'invitation de son honorable trésorier, les membres de la savante compagnie ne complètent, par une souscription, la somme nécessaire. C'est ce qui aurait eu lieu depuis longtemps dans les pays d'initiative privée comme l'Angleterre ou l'Amérique; chez nous, il n'en est pas ainsi. Quoi qu'il en soit, les choses paraissent en bonne voie, et l'on peut prévoir le jour où l'Académie pourra installer convenablement ses différents services, sa bibliothèque, ses collections.

Statistique et hygiène. — La consommation totale du tabac en France, pendant l'année 1891, s'est élevée à 35.813.854 kilogr. dont 29.110.092 de tabac à fumer, 5.457.413 de tabac à priser et 1.246.349 de tabac à mâcher.

Voici un tableau qui permet d'étudier les progrès de la consommation du tabac; il faut observer que les chiffres relatifs à l'année 1869 doivent être diminués, — pour que la comparaison soit exacte — de la consommation afférente à l'Alsace-Lorraine (près de 2 millions de kilogrammes).

ANNÉES	Tabac à fumer.	Tabac à priser.	Tabac à mâcher.	Total des quantités vendues.
—	kilogr.	kilogr.	kilogr.	kilogr.
1869......	22.619.079	8.168.450	1.245.229	32.032.758
1874......	21.348.322	6.573.644	962 595	28.884.561
1879......	24.303 942	6.827.614	1.165.682	32.297.238
1884......	28.051.099	6.702.659	1.180.957	35.934.715
1889......	28.784.660	5.834.390	1.200.262	35 819.312
1891... ..	29.110.092	5.457.413	1.246.349	35.813.854

Ce tableau permet de constater que depuis 1884 la consommation totale du tabac n'a pas sensiblement varié; mais, tandis que la consommation du tabac à fumer a progressivement augmenté d'un million de kilogrammes et que celle du tabac à mâcher est également en augmentaiton, celle du tabac à priser est en diminution considérable: 20 p. 100 environ.

Disons enfin que, dans le seul département de la Seine, il a été consommé en 1891, 4.164.790 kilogr. de tabac (3.537.778 à fumer, 537.157 à priser, 89.855 à mâcher) contre 3.698.000 en 1869 (2.850.377 à fumer, 753.028 à priser, 94.835 à mâcher).

Conférence de Venise. — La convention sanitaire conclue à la conférence sanitaire internationale de Venise vient d'être ratifiée aussi par le sultan de Turquie. L'ordonnance ministérielle, aux termes de laquelle tous les ressortissants étrangers au service de la Turquie doivent être livrés aux tribunaux turcs pour les délits dont ils se rendraient coupables dans l'exercice de leurs fonctions, vient d'être sanctionnée par un iradé impérial. A l'avenir, tout nouveau contrat doit contenir une clause y relative.

Secours publics en cas d'accidents. — A la demande de la Préfecture de police, le Conseil général de la Seine a voté les fonds nécessaires pour l'achat de 22 brancards roulants, qui viennent d'être déposés dans les commissariats de police des 22 circonscriptions suburbaines. On connaît l'utilité de ces brancards, qui permettent à un seul homme de les manœuvrer et d'effectuer le plus rapidement possible, et dans les meilleures conditions, le transport d'un malade ou d'un blessé.

NOUVELLES

Légion d'honneur. — Sont nommés ou promus:

Commandeurs. — MM. les Drs Péan, Proust, Dujardin-Beaumetz (de Paris); Aron (médecin de la réserve).

Officiers. — MM. les Drs Guyon, E. Roux (de Paris); Gibert, (du Havre); Augarde, Tacquoy, Péchaud, Sourel, Thomas (médecins de l'armée active); Lambert (médecin de l'armée territoriale).

Chevaliers. — MM. les Drs Dreyfus-Brisac, Dubief, Galliard Metchnikoff, Muselier, Netter, Thoinot (de Paris); Alison (de Baccarat); Dubar (de Lille); Reulos (de Villejuif); Gimbert (de Cannes); Heydenreich (de Thairé); Fochier (de Lyon); Védrine (de Versailles); de Ferry de la Bellone (d'Apt); Robin (de Chaix); Biron (d'Argenteuil); Boutan, Le Mercier (du Havre); Camuset (de Bonneval); Galvani (de Sarcelles); Guif-

fart (de Cherbourg); Leclercq (d'Arras); Pennetier (de Rouen); Laënnec (de Nantes); Jolicœur (de Reims); Boutet (d'Orgerns); Vermont (de Mont-Saint-Vincent); Reverchon, Auhan, Carayon, de Ferré, Duc, Maljean, Wiel, Rullier, Chupin, Ga dit Gentil, Schneider, Pugibet, Lallemant, Rostan, Boutry, Veillon, Herrmann (médecins de l'armée active); Chavanon (médecin de l'armée territoriale); Siband, Ropert, Arène, Gonzer, Reynaud, Lussand, Le Franc (médecins de la marine).

Facultés et écoles des départements

Faculté de médecine de Lille. — M. le Dr Delezenne est institné, pour une période de trois ans, chef de clinique médicale, — M. Puvion est nommé aide-préparateur des travaux pratiques de chimie.

Faculté de médecine de Lyon. — M. Nicolas est nommé, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1892-1893, prép. du lab. de clinique des maladies cutanées et syphilitiques.

Faculté de médecine de Nancy. — M. Lambert, préparateur de physique, est nommé, jusqu'à la fin de la présente année scolaire, chef des travaux pratiques de physiologie.

Sont nommés préparateurs, jusqu'à la fin de la présente année scolaire : MM. Hoche (physiologie expérimentale), Hartemann (médecine légale).

Faculté de médecine de Toulouse. — M. le Dr Grégoire André est nommé professeur de pathologie interne.

M. Bonne† est nommé, pour la présente année scolaire, préparateur de pathologie et de thérapeutique générales. — Sont maintenus pour l'année scolaire 1892-1893, dans les fonctions de chefs de clinique : MM. Destarac, clinique médicale ; Rispal, clinique médicale ; Chamayon, clinique chirurgicale ; Hiéber, clinique obstétricale ; Batut, clinique ophtalmologique ; Chahand, clinique des maladies des enfants.

Ecole de médecine d'Amiens. — M. Lonis Lenoël, suppléant de la chaire d'histoire naturelle, est prorogé pour un an dans ses fonctions.

Sont nommés préparateurs : MM. Boyeldieu (chimie) ; Lesquendieu (pharmacie), Flayelle (histoire naturelle).

Ecole de médecine de Besançon. — M. Prieur, licencié ès sciences naturelles, est institué, pour une période de neuf ans, suppléant de la chaire d'histoire naturelle.

Ecole de médecine de Clermont. — M. Duhois est institué pour une période de neuf ans, chef des travaux anatomiques et physiologiques.

Ecole de médecine de Marseille. — M. Chapplin, prof. de pathologie externe et médecine opératoire, est nommé directeur honoraire à dater du 27 décembre 1892.

M. Livon, prof. de physiologie, est nommé, pour trois ans, directeur.

Ecole de médecine de Dijon. — M. Zipfel est institué, pour une période de neuf ans, chef des travaux anatomiques et physiologiques.

Ecole de médecine de Tours. — M. Guibhaud est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de physiologie.

Ecole de médecine de Reims. — M. Moufiier, chef des travaux physiques et chimiques, est chargé, en outre, pour l'année scolaire 1892-1893, des fonctions de suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale. — Un concours sera ouvert le lundi 3 juillet 1893, devant l'école supérieure de pharmacie de Nancy, pour l'emploi de suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale à l'école de médecine de Reims.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

École de médecine d'Alger. — Un concours s'ouvrira, le 3 juillet 1893, devant la Faculté de médecine de Montpellier, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales à l'école de plein exercice de médecine d'Alger.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Service militaire. — Les médecins auxiliaires de réserve appartenant aux classes appelées, en 1893, dans les corps auxquels ils sont affectés, seront convoqués aux mêmes dates que les autres réservistes de ces corps et par ordres individuels.

Conseil général de la Seine. — Ce Conseil vient d'accorder les subventions suivantes :

A l'Œuvre des ambulances urbaines, 1.000 francs au lieu de 2.000 francs l'année dernière ;

A la Policlinique de Paris, 4.000 francs au lieu de 2,000 francs l'année dernière ;

Au Dispensaire gratuit du XVe arrondissement 2.000 francs.

Muséum. — Par décret, en date du 2 janvier 1893, M. Rouget, professeur de physiologie générale au Muséum, admis à faire valoir ses droits à une pension de retraite, est nommé professeur honoraire au Muséum.

Par arrêté ministériel, en date du 31 décembre 1892, la chaire de minéralogie du Muséum est déclarée vacante.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Whittaker and box à Londres et à New-York.

Dissections illustrated a graphic band-book for students of human anatomy, by G. Gordon Brodie, F. R. C. S assistant surgeon north-west london hospital. — Senior demonstrator of anatomy with plates drawn and lithographed by percy higbley. Partie 1re The upper limb. — 1 volume in-8° cartonné with 17 coloured plates two-thirds natural size. — Price : 8 s. 6 d.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU 25 AU 31 DÉCEMBRE 1892

Fièvre typhoïde, 12. — Variole, 1. — Rougeole, 10. — Scarlatine 3. — Coqueluche, 26. — Diphtérie, croup, 30. — Affections cholériformes, 1. — Phtisie pulmonaire, 182. — Autres tuberculoses, 19. — Tumeurs cancéreuses et autres, 54. — Méningite, 23 — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 49 — Paralysie, 10. — Ramollissement cérébral, 7. — Maladies organiques du cœur, 72. — Bronchite aiguë et chronique, 79. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 101. — Gastro-entérite des enfants : Sein, biberon et autres, 43. — Fièvre et péritonite puerpérales, 3. — Autres affections puerpérales 2. — Débilité congénitale et vices de conformation, 36. — Sénilité, 26. — Suicides et autres morts violentes, 13. — Autres causes de mort, 193. — Causes inconnues, 12. — Total : 1027

Le Rédacteur en chef et gérant : F. de Ranse.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame. — *Téléphone.*

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Rédacteur en chef : M. le Dr F. DE RANSE

Comité de Rédaction : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN
J. ARNOULD (de Lille), P. FABRE (de Commentry), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon)

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, avenue Montaigne (Rond-Point des Champs-Élysées)

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

LEÇONS SUR LA PHYSIOLOGIE ET LA PATHOGÉNIE DE LA DESTRUCTION DU SANG,

Par William Hunter,
M. D. Edin., M. R. C. P. Lond., etc.
Médecin assistant du London Fever Hospital.

Suite (1).

FOIE.

Dans le foie, on trouve le pigment sanguin en deux endroits, dans les capillaires et dans les cellules hépatiques. Comme son état et ses caractères diffèrent dans les 2 cas, il est nécessaire de considérer ces conditions séparément.

Oiseaux : Dans l'intérieur des capillaires.— Je vous montre d'abord des coupes de foie de pigeons sains. Vous noterez, de-ci de-là, distribuées en apparence tout à fait irrégulièrement, des masses de pigment dont quelques-unes sont d'un volume considérable et dont toutes donnent les réactions du fer libre. Les relations de ce pigment avec les capillaires ou les cellules du foie ne peuvent pas, dans le cas des masses les plus considérables, être aisément éclaircies, car elles sont fréquemment entourées par des groupes de cellules du tissu connectif proliférantes. Les granulations et les globules d'un brun d'or foncé dont ces masses conglomérées sont constituées, semblent réellement, à première vue, n'avoir aucun rapport défini soit avec les lobules, soit avec les cellules du foie, soit avec les capillaires hépatiques. Dans leur aspect elles rappellent immédiatement à l'esprit ces amas de pigment qu'on trouve en si grand nombre dans les foies de grenouille; je vous montre une coupe de ces derniers foies pour vous en permettre la comparaison. D'après leur aspect irrégulier, leur forme et leur distribution, ces masses, à première vue, pourraient facilement être prises pour du pigment formé par de petites extravasations locales de sang; et cette ressemblance est encore accrue par les néoformations à petites cellules parmi lesquelles ils sont situés. Un examen plus soigneux pour déterminer leur source précise révèle cependant que, pendant que les plus petits amas sont situés irrégulièrement dans le lobule même entre les cellules hépatiques, les amas les plus considérables affectent des rapports avec les vaisseaux portes, les néoformations à petites cellules parmi lesquelles ils sont situés dérivant d'une prolifération des cellules du tissu connectif des tuniques de ces vaisseaux. De plus, dans les points où on ne trouve pas ces masses pigmentaires, vous noterez que, tout le long des capillaires hépatiques, existent des particules de pigment semblables à tous points de vue aux particules isolés des masses les plus considérables; et ces particules sont renfermées dans l'in-

(1) V. *Gazette médicale*, n° 1, 1893.

FEUILLETON

SUR LA CONDITION DES MÉDECINS PRIVÉS A ROME (1),

Par M. Paul Verwaest,
Docteur en droit,
Rédacteur au ministère de l'Instruction publique.

L'histoire des sciences a toujours présenté de l'attrait. Je n'en veux pour preuve que l'accueil récent fait à l'étude de M. Corlieu sur la médecine militaire dans les armées grecques et romaines de l'antiquité. S'il est intéressant de savoir comment les Grecs, peuple de savants et de soldats, qui envoyaient des centaines de mille hommes sur les champs de bataille, pourvoyaient au soin de leurs blessés; s'il est instructif de connaître l'organisation médico-militaire des Romains, la répartition de leurs médecins dans les camps, les cohortes et les légions, il n'est pas sans intérêt non plus d'être éclairés sur la situation des médecins privés à Rome.

M. Verwaest a entrepris de nous édifier sur ce point dans un tout récent travail. Après un court aperçu sur la médecine à Rome, sur son exercice et son enseignement, il nous révèle la condition sociale des médecins, nous énumère les privilèges auxquels ils avaient droit, nous indique les honoraires qu'ils recevaient et nous permet d'entrevoir l'étendue de leurs responsabilités.

I.

Ce qui domine l'histoire de la profession médicale à Rome, c'est l'absence de diplôme : chacun, homme ou femme, pouvait s'intituler médecin. La médecine, il est vrai, et cela jusqu'à l'immigration des médecins grecs, n'y existait pas en tant que science. Les maladies, surtout les épidémies, étaient des fléaux envoyés par les dieux auxquels on offrait des sacrifices dans l'espoir d'arrêter leur courroux. C'est parmi ces divinités

(1) Gérard et Brière, éditeurs. — Paris, 1892.

térieur de cellules de nature leucocytique. La forme de ces particules est caractéristique. Les plus considérables d'entre elles affectent une apparence ovale, ressemblant aussi bien en volume qu'en forme aux globules rouges, dont certainement d'ailleurs elles tirent leur origine. Le diamètre longitudinal de quelques-unes de ces particules est plus considérable que le calibre du capillaire dans lequel elles sont situées ; et ci et là, à la bifurcation d'un capillaire, elles se trouvent arrêtées. D'autres particules, apportées par des cellules, s'arrêtent aussi en arrière du point obstrué, et de cette façon, par suite de particules de plus en plus nombreuses venant s'ajouter à la première, sont constitués les amas les plus considérables de pigment. Cela nous rend compte de l'irrégularité de distribution de ces masses, leur siège exact étant déterminé exclusivement, et pour ainsi dire, accidentellement, par l'arrêt de la première particule pigmentaire.

Tel est, d'après mes observations, le mode d'origine des gros amas de pigment trouvés dans le foie des oiseaux à l'état de santé. Le volume et la forme des globules rouges une fois convertis en pigment déterminent donc, jusqu'à un certain degré et selon les vues ci-dessus énoncées, l'arrêt des particules dans les capillaires du foie. La fréquence avec laquelle on rencontre de tels amas de pigment dans le foie des animaux possédant des globules plus considérables que ceux des oiseaux, constituera un *a fortiori* plus grand ; et tel est le cas. Nulle part ne sont plus importantes ces masses de pigment que dans le foie des grenouilles. Le globule rouge de la grenouille possède un volume, selon Kölliker, de 9,2 comparé à celui du pigeon, qui a 1,7 (1).

Chez les mammifères la moyenne du diamètre des globules rouges est de 0,007 à 0,008 millim. Chez les oiseaux, il varie de 0,015 à 0,018 millim., le diamètre transverse étant un peu moindre seulement que le diamètre longitudinal, tandis que chez les batraciens le diamètre le plus considérable varie de 0,015 à 0,058 millim. Avec des corpuscules si considérables et des particules de pigment d'une importance correspondante, il n'est point surprenant que le foie des oiseaux et des grenouilles soit si constamment le siège d'amas considérables de pigment.

(1) *Dictionnaire Encyclopédique des sciences médicales*, t. VII, Art. Sang, p. 445, 446.

Mammifères. — Chez les mammifères on trouve, d'une façon générale, beaucoup moins fréquemment du pigment sanguin en cet organe Chez les jeunes mammifères il est, d'après mes observations, exceptionnel de l'y rencontrer même dans la plus petite proportion. Cette proposition s'applique plus particulièrement au lapin, au chien et au chat, et aussi à l'homme. Même quand il existe, il n'est jamais aussi abondant que je vous l'ai montré dans le pigeon ; il n'arrive jamais à la formation de telles masses de pigment. Sur la coupe que je vous montre, tirée du foie d'un chien âgé, vous ne verrez que fort peu de pigment disséminé ci et là dans l'intérieur des capillaires. Le pigment n'est point libre, mais est situé dans l'intérieur des leucocytes ; parfois aussi on peut voir quelques rares particules dans les cellules endothéliales qui tapissent les capillaires. Le volume des granules varie beaucoup ; les plus considérables se rapprochent de celui d'un globule rouge. Assez souvent, une partie du pigment semble s'être diffusée dans le protoplasma de la cellule. Ainsi que je l'ai établi, à ce niveau, le pigment fait fréquemment défaut. Plus l'animal est jeune, moins il y a de probabilité d'en rencontrer ; et, réciproquement, plus l'animal est âgé, plus abondamment on doit le retrouver. D'après mes expériences, l'âge est le facteur le plus important et pour la présence et pour la quantité du pigment rencontré dans les capillaires du foie des animaux. Un accroissement graduel dans cette quantité n'implique donc pas nécessairement l'état de maladie. Quand on le rencontre chez des animaux âgés, il peut n'avoir qu'une simple signification physiologique, signification bien différente de celle qu'on lui accorde généralement. Selon Quincke, une augmentation dans la quantité de pigment dans les capillaires du foie indique une destruction accrue des globules rouges. Je vais vous démontrer, au contraire, qu'une telle augmentation, quand elle est associée au grand âge, comme tel est si fréquemment le cas, est un signe de destruction diminuée. Je ne voudrais pas cependant vous faire supposer que le pigment a toujours alors une signification purement physiologique. Il peut aussi, dans de certaines conditions, avoir une signification évidemment pathologique, et

---

qu'Esculape un vrai, médecin celui-là, et un Grec, finit par prendre place. Son temple, situé dans l'île du Tibre, était tout particulièrement fréquenté par les esclaves malades ou languissants.

En dehors de l'intervention divine, toute la matière médicale des premiers siècles de Rome se résumait en un certain nombre de formules et de recettes. A en croire Pline, le règne de cette médecine domestique aurait duré plus de six cents ans, pendant laquelle les médecins de profession seraient restés inconnus. Cette assertion de l'écrivain latin ne doit pas être pleinement acceptée, dit M. Verwaest, car « dès les premiers temps de la République, la médecine grecque avait pénétré à Rome ; l'art médical ne fut pas pratiqué mystérieusement dans les temples et dans l'intérieur des maisons, il y eut des gens dont ce fut le métier de soigner leurs semblables ».

La carrière médicale étant ouverte au premier venu, ceux qui désiraient y entrer se souciaient fort peu de s'y préparer par de fortes études : à cette époque, comme trop souvent de nos jours du reste, un peu d'aplomb paraissait suffire à la constitution d'une bonne clientèle. Il est certain, toutefois, que la médecine fut professée à Rome grâce sans doute aux privilèges dont jouirent, à dater de la dictature de César, ceux qui l'enseignaient ou qui l'exerçaient. D'abord privé, cet enseignement prit dans la suite un caractère public. M. Briau, dans son savant travail sur l'archiatrie romaine, rapporte, à l'aide de documents épigraphiques, ainsi que le fait remarquer M. Verwaest, qu'il y eut, à un moment donné, à Rome, probablement à la fin du principat d'Auguste, une *schola medicorum*. Il semble difficile d'établir si cette *schola* fut ce que sont nos facultés, le siège d'un enseignement suivi sur toutes les branches de la science ou bien si elle ne fut qu'un lieu de réunion réservé aux médecins et où ceux ci venaient exposer leurs systèmes et former des disciples. Quoi qu'il en soit, d'ailleurs, de l'existence de la *schola medicorum* et de l'enseignement qu'on y donnait, ce ne fut que dans la deuxième moitié du premier siècle de notre ère que les professeurs reçurent une rémunération

indiquer une destruction accrue du sang. Les maladies dans lesquelles je trouve cet état démontré de la façon la plus frappante et la plus typique sont l'anémie pernicieuse et la malaria. C'est l'étude de cette dernière affection qui m'a d'abord conduit à examiner le sujet de la destruction du sang dans son ensemble. Vous remarquerez sur les coupes que je montre maintenant combien extrêmement abondant se trouve le pigment sanguin et avec quelle netteté s'est développée la réaction du fer. De beaucoup la plus grande proportion de ce pigment est contenue dans les cellules hépatiques; mais je désire vous faire remarquer qu'il s'en trouve aussi une certaine quantité dans les leucocytes, à l'intérieur des capillaires. Je pense que la proportion respective du pigment des cellules hépatiques et des capillaires, varie beaucoup. Parfois on n'en peut trouver que peu on point dans les capillaires, bien qu'il soit abondant dans les cellules hépatiques. D'autres fois, il se trouve réparti d'une manière également abondante; tandis qu'enfin, dans un troisième groupe, dont un exemple parmi mes cas, des granulations caractéristiques de pigment sont présentes dans les capillaires, alors que les cellules du foie en sont presque absolument libres. Dans tous les cas, le pigment est situé dans l'intérieur soit des cellules, soit des leucocytes, soit d'autres cellules analogues; parfois aussi on trouve des particules dans les cellules endothéliales qui tapissent les capillaires.

Laissant de côté les modifications déterminées par les maladies, je vous montre maintenant des coupes de foies de lapins et de pigeons chez lesquels on a déterminé expérimentalement un accroissement considérable de pigment dans les capillaires par l'injection de toluylendiamine dans la circulation. Pour le pigeon (expérience 72) vous observerez un accroissement notable de pigment dans les capillaires. Pour le lapin (expérience 89), on voit un semblable accroissement; il est plus marqué dans les capillaires de la périphérie du lobule. Voici donc les conclusions que je désirerais que vous portiez de cette partie de notre étude: 1° un des points où le pigment sanguin peut normalement (c'est-à-dire en dehors de l'extravasation ou de la congestion) être rencontré, est constitué par les capillaires du foie; 2° la quantité du sang varie beaucoup avec les différents animaux et sous des conditions variées, alors que chez les oiseaux et les animaux d'un rang inférieur parmi les vertébrés, sa présence, quelquefois d'une grande abondance, est la règle; chez les mammifères, sans être précisément exceptionnelle, elle n'est rien moins que commune; 3° à l'état de santé, le pigment se distingue par le volume considérable et varié de ses particules, comme on peut le voir chez les oiseaux et sur les foies impaludiques; 4° les principaux facteurs qui peuvent influencer son existence en ces points et sa quantité à l'état de santé sont: *a*) le volume et la forme des globules rouges de l'animal, déterminant jusqu'à un certain point, d'abord le mode de mort, et ensuite le volume et la forme des particules pigmentaires les plus considérables. Plus les globules de l'animal sont volumineux, plus il est probable de prouver du pigment. Il est donc plus commun chez les oiseaux que les mammifères; *b*) l'âge de l'animal. La quantité de pigment tend à s'accroître avec l'âge chez les jeunes mammifères, sa présence constitue une exception; *c*) l'abstention de nourriture et le manque d'exercice. En nourrissant un animal avec parcimonie, surtout si on l'enferme en même temps, la quantité de pigment dans le foie tend à s'accroître. Ainsi, mes observations démontrent que, dans le foie des pigeons renfermés pendant nombre de mois, le pigment, toutes choses égales d'ailleurs, sera en quantité plus considérable que dans celui des oiseaux moins rigoureusement confinés. C'est dans ce sens qu'on peut expliquer l'influence du second facteur, l'âge; 5° une augmentation très considérable de pigment peut se produire dans des conditions pathologiques, comme résultat de la maladie même, ou être déterminée expérimentalement par l'action de certains agents destructeurs du sang. Une telle augmentation cependant n'est point constante, même chez le même animal. Les capillaires ne sont point le seul point où on peut trouver le pigment dans le foie; les cellules hépatiques renferment fréquemment du pigment, parfois même en beaucoup plus grande abondance.

Oiseaux. — Voici maintenant des coupes de foie de canard et de pigeon. Vous noterez qu'en outre des particules volumineuses de pigment qui se trouvent dans les capillaires, il en existe d'autres plus ténues dans l'intérieur des cellules

---

l'aide des deniers publics. D'Alexandre Sevère date incontestablement « sinon un enseignement médical dont les programmes étaient arrêtés comme il advint pour le droit par l'Etat, dit M. Verwaest, du moins un enseignement public dont l'État et non les élèves eux-mêmes fit les frais ».

La profession médicale fut-elle classée à Rome au nombre des professions libérales et ceux qui l'exercèrent jouirent-ils on non d'une certaine considération? Au dire de Pline, l'art médical, pendant longtemps pratiqué par des esclaves, des étrangers et des affranchis, fut peu en honneur parmi les citoyens romains.

Les médecins esclaves étaient surtout des médecins de maison qui devaient accompagner le maître partout où il se transportait. Ces *servi medici* étaient très appréciés. On les tarifait soixante sous d'or. Le son d'or valant 11 fr. 58 de notre monnaie, leur estimation atteignait en chiffre rond la somme de 700 francs, alors que les esclaves sans métier, majeurs de dix ans, ne valaient que le tiers de cette somme.

Si la condition des esclaves médecins était en droit celle des esclaves, en fait cependant le *servus medicus*, en raison des fonctions qu'il remplissait auprès de la personne du maître, tenait un certain rang dans la maison servile. Dans la catégorie des *servi publici*, il en existait un certain nombre dont le rôle était de prendre soin des *servi publici* en général ou d'être attachés à un service public.

A côté des médecins de condition servile, il y avait aussi place à Rome pour les médecins de condition libre. Ils étaient étrangers et grecs pour la plupart. Pline nous rapporte avec détail l'arrivée du premier médecin grec, un certain Archagatus, qui vint en 535 sous le consulat d'Æmilius et de Cassius, s'établir à Rome. Cet Archagatus reçut le titre de citoyen dont on était si jaloux à cette époque; on lui acheta même aux frais de l'État une boutique dans le carrefour Acilius pour y exercer sa profession. D'abord nommé Vulnérarius parce qu'il s'attachait principalement à la guérison des blessures, il reçut plus tard le surnom de bourreau (*carni-*

du foie. Cela est plus évident pour le canard que pour le pigeon. Veuillez surtout remarquer le volume de ces granulations comparé à celui des granulations contenues dans les capillaires. Tandis que ces dernières sont considérables et présentent des dimensions variées, les plus importantes atteignant jusqu'à 10 et 15 millim. de diamètre, les granulations des cellules hépatiques sont uniformément petites, avec un diamètre n'excédant pas 1 à 2 millim. Les deux variétés donnent la réaction du fer d'une façon marquée. Notez encore qu'il n'y a aucun rapport apparent, en ce qui concerne la quantité, entre les particules pigmentaires de l'une et de l'autre localisation. En de certains points, on voit le pigment dans les cellules hépatiques et dans les capillaires adjacents; dans d'autres, il est abondant dans les capillaires et manque ou n'existe qu'à peine dans les cellules du foie; enfin, et cela est bien net pour le foie de canard, il peut se trouver en grande quantité dans les cellules du foie, tandis qu'on n'en trouve que peu ou point dans les capillaires.

Chez les mammifères, la présence de pigment dans l'intérieur des cellules du foie, est à la fois un phénomène plus rare et moins marqué, au moins à l'état de santé. On le trouve sous forme de fines granulations, occupant pour la plupart des cellules de la zone porte des lobules. Il est en proportions si minimes chez le lapin, par exemple, que le tissu hépatique ne donne qu'une réaction très faible, quand on veut déceler le fer à l'aide du sulfhydrate d'ammoniaque, au lieu de cette réaction bien définie que nous avons constatée pour le pigeon et le canard. Telles sont les résultats qu'on obtient, à moins qu'ainsi que les Drs Brunton et Delépine l'ont montré, l'animal soit en pleine digestion au moment de l'expérience. Il en est de même pour le foie du chien, du chat et de l'homme. Ici, en passant, je dois vous dire que, pour toutes mes observations, j'ai toujours attaché une grande importance à l'état de fraîcheur des pièces examinées. Le meilleur agent micro-chimique de révélation du fer libre ou du fer contenant le pigment dans les tissus frais, est, d'après mes expériences, le sulfhydrate. Un morceau de tissu hépatique frais placé dans le sulfhydrate d'ammoniaque, prend une couleur variant du jaune verdâtre léger au noir de charbon selon la quantité de fer qu'il peut contenir. Si on agite un morceau de ce tissu dans le sulfhydrate et qu'on l'examine immédiatement au microscope, le pigment se montrera sous l'apparence de granules sphériques d'un noir de charbon, ou se révélera par une teinte verdâtre diffuse, selon qu'il existe sous forme de granules ou qu'il constitue un composé plus soluble diffus dans le protoplasma de la cellule. Pour les tissus frais, le sulfhydrate d'ammoniaque me semble un réactif beaucoup plus délicat et beaucoup plus sûr que le ferrocyanure de potassium et l'acide chlorhydrique, par exemple (réaction du bleu de Prusse). La réaction, si elle doit se produire, se manifeste immédiatement et sans abîmer en rien le protoplasma de la cellule, tandis qu'avec le réactif du bleu de Prusse le degré de la coloration dépend toujours, dans une certaine mesure, de la longueur du temps qu'on a laissé le tissu en contact avec le réactif. Il s'ensuit que lorsque les deux réactifs donnaient des résultats contradictoires, ainsi que cela arrivait parfois, par exemple, quand le tissu après durcissement, ne donnait que peu ou point la réaction du fer tandis qu'à l'état frais, il s'était produit une réaction considérable, c'est toujours à ce dernier résultat, et non point au produit que je me suis le plus attaché.

Cette différence dans les réactions des tissus avant et après leur durcissement est loin d'être un fait anormal. On l'observe surtout quand le pigment se trouve diffusé dans la cellule; elle est due, selon moi, à ce que, au cours du processus de durcissement, le pigment soluble s'est diffusé. Pour cette raison, l'alcool est le meilleur des durcissants et il faut éviter la liqueur de Müller et les autres agents préservatifs similaires. Examiné dans ces conditions, le foie des jeunes mammifères sains ne dénote l'existence que d'une très petite quantité de pigment sanguin. Selon les Drs Brunton et Delépine (1), cette quantité se trouve considérablement augmentée pendant la digestion. Si, comme je le pense d'ailleurs, la présence du pigment dans les cellules du foie des jeunes mammifères sains, est un phénomène rien moins que frappant, il en est tout autrement dans certaines formes de maladies. (*A suivre.*)

---

ficens) à cause de l'abus qu'il faisait dans sa thérapeutique du fer et du feu.

La condition sociale de tous ces médecins étrangers, dit M. Verwaest, était la même que celle de tous les pérégrins. En tant que médecins une seule particularité est à relever, c'est que dans les contestations au sujet de la réclamation des honoraires ils portaient le différend survenu entre leurs clients et eux, devant le *pretor peregrinus*, créé en 537 de Rome pour rendre la justice dans les procès soit entre pérégrins, soit entre pérégrins et citoyens.

CH. AMAT.

ÉPIDÉMIOLOGIE

OBSERVATIONS SUR LES TROUBLES CIRCULATOIRES DANS LE CHOLÉRA ASIATIQUE CHEZ LES ENFANTS (2).

Par M. G. VARIOT,
Médecin des hôpitaux.

Pendant les mois d'août et septembre 1892 j'ai été chargé du service du pavillon des cholériques à l'hôpital Trousseau. Le mode de traitement que j'avais adopté de préférence, la transfusion intraveineuse répétée, rendait ce service assez pénible et je suis heureux de dire ici, que j'ai été secondé avec beaucoup d'activité et de dévouement par mon interne M. Landowski.

Il me paraît inutile, en commençant cet exposé, d'entrer dans de longs détails pour établir que la maladie en présence de laquelle nous nous sommes trouvés, était bien le *choléra asiatique*. Les germes de cette infection se sont-ils ranimés sur place ou ont-ils été de nouveau importés? Ce n'est pas à nous de trancher cette question. Mais il est bien certain que l'ensemble des symptômes que nous avons observés sur les jeunes malades de l'hôpital Trousseau, est absolument différent de ceux du choléra infantile. D'ailleurs la très grande majorité des enfants atteints, étaient âgés de plus de 3 ans, et le tableau général de la maladie se rapprochait beaucoup des descriptions qui ont été faites

(1) Comptes rendus de la Société royale 1891.
(2) Communication faite à la Société médicale des hôpitaux.

sur les adultes, dans le cours de cette épidémie, par mes collègues MM. Galliard, Siredey, Delpeuch, Barrier Bonrsy, etc.

Les troubles circulatoires dans le choléra sont certainement au premier plan; tous les observateurs sont d'accord sur ce point.

Quand on apporte à l'hôpital un cholérique en état d'algidité, un des phénomènes les plus frappants pour le clinicien, c'est l'absence complète du pouls radial, ou tout au moins sa diminution d'amplitude, qui le réduit à une vague ondulation sous le doigt qui l'explore. Dans les mêmes conditions, on cherche vainement le pouls à l'artère temporale ou dans les autres artères d'un calibre analogue.

Il faut remonter jusqu'à l'artère humérale ou jusqu'à la crurale, pour percevoir un léger soulèvement de la paroi artérielle correspondant aux contractions du cœur. Sous l'influence du traitement ou de l'évolution naturelle de la maladie, le pouls réapparaît, se relève dans les artères périphériques. Nous distinguions nos petits cholériques à l'hôpital Trousseau en ceux qui avaient un pouls et ceux qui n'en avaient pas.

Cette absence de pouls, cette *asphygmie* est un phénomène capital dans le choléra, aussi bien au point de vue clinique qu'au point de vue physiologique. La disparition du pouls, sauf le cas de syncope, est absolument exceptionnelle, dans l'immense majorité des maladies que nous sommes appelés à soigner dans nos climats; au contraire on peut dire que l'asphygmie ou la microsphygmie est la règle dans le choléra. De plus le défaut absolu d'expansion artérielle indique bien que la circulation du sang dans les artères périphériques est suspendue, sinon tout à faits entravée.

Le refroidissement de la peau, la cyanose surtout marquée aux extrémités, l'insensibilité allant jusqu'à l'anesthésie, le facies tout à fait spécial du cholérique cadavérisé, comme on l'a si bien dit dès 1832, montrent que la circulation dans les vaisseaux capillaires n'est pas plus active que dans les artères.

J'ai vu maintes fois inciser à blanc la peau de la jambe pour mettre à nu la veine saphène avant la transfusion; il ne s'écoulait pas une goutte de sang; il semblait que l'on opérait sur un cadavre, d'autant plus que le patient ne réagissait en aucune façon, ne manifestait aucun signe de douleur. La peau était vraiment dans l'état que recherchent les chirurgiens quand ils obtiennent l'insensibilité d'une région par des applications de glace.

La veine saphène découverte dans une certaine étendue apparaissait souvent tout à fait vide de sang, malgré qu'on eût placé un bien constricteur sur le mollet.

Les parois de la veine étaient retractées, ce qui rendait l'introduction du trocart quelquefois fort dificile.

Si on incisait la veine, il sortait à peine quelques gouttes de sang noir.

L'asphygmie, l'algidité, la cyanose avec l'aspect flasque et flétri de la peau, l'insensibilité, la vacuité des veines, tous ces phénomènes sont des indices de la suspension de la circulation périphérique.

Il est permis de supposer logiquement que ces troubles circulatoires si évidents, appréciables à la surface du corps, se reproduisent dans les tissus et dans les organes profonds, spécialement dans les muscles et dans les centres nerveux. L'état d'adynamie d'indifférence, de prostration cérébrale du cholérique algide, doit être probablement expliqué par l'anémie du système musculaire et des centres nerveux.

L'anurie, qui peut être prolongée par les exsudats tubulaires signalée par notre collègue, M. Bonrsy, reconnaît aussi comme cause originelle l'arrêt de la circulation rénale.

A l'autopsie des cholériques, morts à cette période d'algidité, certains viscères, notamment le foie, paraissent exsangues par places.

A côté de ces troubles de la circulation périphérique, nous avons constaté des troubles circulatoires *locaux* prédominants dans une artère et dans le territoire qu'elle irrigue.

Bien souvent, l'exploration des deux pouls radiaux nous a montré qu'ils étaient d'une inégale amplitude, quand ils étaient perceptibles.

La sphygmographie serait nécessaire pour faire apprécier d'une manière incontestable l'inégalité du pouls dans les artères radiales, si cette inégalité était peu prononcée. Mais il arrive parfois que l'un des pouls radiaux est complètement imperceptible, pendant que l'autre continue de battre très faiblement sous le doigt.

Je relève dans les notes qui m'ont été remises par M. Landowski, que Florine B..., âgée de 9 ans, examinée attentivement le 16 septembre au matin, présente à la radiale gauche des pulsations affaiblies, mais sensibles.

La radiale du côté droit est cherchée en vain. On suppose d'abord une anomalie artérielle ou une thrombose. Mais à 4 heures de l'après-midi, le pouls battait nettement aux deux bras. Il est assez vraisemblable de croire que les troubles circulatoires, circonscrits dans le domaine de certaines artères périphériques, doivent aussi se produire dans les artères viscérales; mais ce fait ne me paraît pas possible à vérifier pendant la vie.

L'état des fonctions du cœur est loin d'être toujours en rapport avec cette faiblesse ou même avec cette suspension de la circulation périphérique. Chez quelques enfants en algidité, soit avant, soit immédiatement après la transfusion intraveineuse, nous avons constaté par l'auscultation une très grande fréquence des battements qui se rapprochaient du rythme fœtal, de l'embryocardie; le second bruit devenait prédominant, pour ne pas dire seul perceptible dans ces conditions. Ordinairement le pouls radial faisait alors entièrement défaut ou tout au moins était d'une petitesse extrême.

Plus souvent les battements du cœur chez les jeunes cholériques algides étaient lents, 60 à la minute, régulièrement espacés; les deux bruits étaient bien frappés mais un peu sourds (1). Nous étions stupéfaits de ne pas sentir les artères radiales soulevées par la moindre ondée sanguine, pendant que les contractions du cœur paraissaient s'effectuer d'une manière presque normale: c'est là un véritable paradoxe physiologique que nous n'avons observé que dans le choléra.

L'absence du pouls ne paraît donc pas se rapporter, dans la grande majorité des cas, à la défaillance du cœur, mais

(1) Je me suis trouvé auprès d'un jeune cholérique au moment où il a rendu le dernier soupir, où la respiration s'est arrêtée. Le pouls n'était plus perceptible même à l'humérale, cependant les battements du cœur persistaient sourds et lents.

Une minute après que les mouvements respiratoires avaient cessé, j'ai perçu encore par l'auscultation quelques faibles bruits. L'arrêt de la respiration a donc précédé l'arrêt du cœur.

plutôt à un reserrement, à un spasme spécial des artères périphériques. C'est ce que Marey a voulu démontrer dès 1865 dans son Essai de théorie physiologique du choléra.

Le stade d'algidité, a avancé ce savant physiologiste, est dû à une action exagérée du système nerveux grand sympathique et à la contraction des muscles par lui innervés.

Le reserrement des vaisseaux explique le facies cadavérisé, le refroidissement de la surface du corps et des extrémités. Marey ajoute que la cyanose cholérique est due à ce que le sang ne traverse plus les vaisseaux pulmonaires pour venir au contact de l'air inspiré; et d'autre part à ce que l'air ne pénètre plus jusqu'au fond des alvéoles et jusqu'au contact des capillaires, à cause de la contraction des muscles lisses des bronches.

J'admets volontiers, avec Marey, le ralentissement de la circulation pulmonaire; mais le rétrécissement du calibre des bronches me paraît plus douteux. Chez tous les jeunes cholériques que j'ai auscultés, le murmure vésiculaire m'a paru satisfaisant. Le trouble respiratoire le plus important que j'ai noté plusieurs fois, dans les cas d'une extrême gravité, consiste dans un ralentissement régulier des mouvements de la respiration qui devient profonde et suspirieuse.

C'est à peine si l'on compte 8 à 10 inspirations par minute.

La lenteur de contraction des muscles inspirateurs a probablement son origine dans le bulbe.

La plupart des faits cliniques précis que j'ai exposés confirment donc les vues un peu théoriques de Marey. Il paraît certain que les troubles de la circulation périphérique sont tout à fait prédominants: ils ne sont pas en rapport avec l'état des fonctions du cœur. Le système du grand sympathique, les nerfs vaso-moteurs semblent être influencés primitivement dans le choléra, et leur excitation va jusqu'à produire un véritable spasme dans les vaisseaux périphériques dont le calibre est à peu près effacé. Nos observations cliniques ont presque la rigueur de recherches expérimentales pour prouver la réalité de ce spasme vasculaire (1).

Marey disait en 1885 qu'il était bien difficile de déterminer de quelle manière le système nerveux était influencé primitivement dans le choléra. Ne pourrait-on pas actuellement émettre une hypothèse très plausible sur le mécanisme de l'intoxication cholérique, en faisant intervenir les toxines fabriquées en grande quantité dans l'intestin, par les micro-organismes germe de la maladie? Ces toxines résorbées iraient agir d'emblée sur les centres vaso-moteurs. — Peut-être des travaux de laboratoire ont-ils déjà été faits dans cette voie par les expérimentateurs.

L'étude des effets physiologiques des toxines du choléra, isolées à l'état de pureté, jetterait une grande lumière sur les troubles vasculaires et sur leur mode de production.

Après bien d'autres observateurs, j'ai fais préparer par M. Grenouillet, interne en pharmacie à l'hôpital Trousseau, des extraits aqueux de déjections cholériques.

Ces extraits ont été filtrés dans des bougies d'alumine et injectés en quantité variable dans l'une des veines auriculaires du lapin. Au bout de trois quarts d'heure ou d'une heure au plus, la température rectale des lapins descendait de 39° à 37, les animaux étaient sans force, comme engourdis et trois quarts d'heure après l'injection, ils succombaient avec des températures de 36° et même de 35°.

Ces expériences, je le sais, manquent de rigueur; mais je n'ai pu faire mieux, n'ayant pas eu à ma disposition de toxines obtenues avec des cultures pures de bacille cholérique.

(1) Le sang des cholériques est un peu moins riche en eau que le normal. Ch. Robin expliquait jadis l'arrêt de la circulation capillaire par une sorte d'épaississement du sang, de défaut de fluidité dus à la soustraction rapide d'une grande quantité d'eau. — Cette vue théorique est contredite par les faits. Ce ne sont pas les cholériques qui perdent ses plus de liquide par les déjections chez lesquels le spasme vasculaire est le plus prononcé. Certains malades tombent en algidité après avoir eu seulement deux ou trois selles. D'ailleurs si le défaut de fluidité du sang l'empêchait de pénétrer dans les capillaires, il n'en arriverait pas moins dans les artères du calibre de la radiale, si celles-ci n'étaient pas spasmodiquement contractées.

REVUE CRITIQUE

TRAITÉ CLINIQUE DES MALADIES DU CŒUR ET DES VAISSEAUX,

Par M. le Dr HUCHARD.

Dans un de ses derniers ouvrages, faisant allusion à l'activité scientifique contemporaine, le Dr Bouchard disait: « Il fait bon vivre à notre époque, quand on s'intéresse aux choses de la médecine. » Cette réflexion est pleinement justifiée par les remarquables découvertes réalisées depuis vingt ans dans le domaine des sciences biologiques, découvertes qui ont imprimé à la médecine une impulsion de jour en jour plus marquée. Il est même difficile d'assigner un terme à cette évolution récente, qui semble devoir renouveler toutes les branches de notre art, et grâce à laquelle nos connaissances concernant la nature des maladies acquièrent chaque jour plus de clarté et de précision.

La pathologie générale, en particulier, s'est ressentie de cette transformation, en ce sens qu'elle pénètre plus avant qu'autrefois dans l'étude intime des phénomènes morbides, et qu'elle saisit mieux les rapports de l'état de santé à l'état inverse. Nous pourrions citer ici beaucoup de preuves, invoquer par exemple les notions nouvelles résultant de la bactériologie, cette science née d'hier, qui a déjà si puissamment contribué à débrouiller le chaos des maladies infectieuses. Mais nulle part ce progrès n'apparaît plus clairement que dans le domaine de la pathologie cardio-vasculaire, un des sujets les plus vastes, il est vrai, et les plus intéressants [parmi ceux qui sont journellement proposés aux méditations du physiologiste et du praticien. Il s'est fait, dans ce domaine spécial, un remaniement qui en a considérablement agrandi les anciennes limites. Ainsi, il y a encore peu d'années, le cadre des cardiopathies était restreint à peu près uniquement à la péricardite et aux affections valvulaires. Si l'on consulte les ouvrages antérieurs à la période actuelle, on verra que la description des maladies du cœur y tient peu de place, comparée à ce qu'elle est aujourd'hui. C'est que nos prédécesseurs ne connaissaient guère que les altérations d'orifice, les plus accessibles aux moyens ordinaires d'exploration. Ils n'entrevoyaient pas encore l'importance des lésions du système artériel, et la solidarité qui unit ces lésions à celles de l'appareil central de la circulation. Par conséquent, ils ne soupçonnaient guère le rôle de l'artério-sclérose, ni la part que l'altération désignée aujourd'hui sous ce nom peut revendiquer dans nombre de troubles fonctionnels. Or, c'est précisément l'introduction de cette notion qui représente le fait dominant dans l'évolution actuelle, c'est à elle qu'il faut attribuer la direction particulière que l'étude des affections du cœur a prise dans ces

dernières années, et qui en fait un des sujets les plus attrayants de la pathologie.

Le livre que M. Huchard vient de publier caractérise bien cette orientation nouvelle. Sous le titre que nous avons indiqué ci-dessus, c'est en réalité une étude de l'artério sclérose, étude de plus de 800 pages dans laquelle l'auteur a consigné les précieux résultats d'une expérience personnelle qui embrasse déjà une période de vingt années. Si bien que l'ouvrage pourrait être intitulé assez légitimement : *Etude sur l'artério-sclérose dans ses rapports avec le cœur.* Un semblable titre définirait très bien, selon nous, l'esprit et le but des leçons qui en ont fourni le canevas. Visiblement l'auteur a été guidé par la préoccupation de rattacher nombre de troubles fonctionnels, tantôt légers, tantôt graves, à l'altération du système artériel. Cette préoccupation est-elle légitime, et doit-on l'approuver sans restriction, ce qui impliquerait une adhésion complète aux idées personnelles de l'auteur ? Ou bien n'y a-t-il pas lieu de formuler des réserves, motivées par le côté un peu schématique et un peu artificiel de cette conception ?

Il est certain que l'artério-sclérose est un fait extrêmement fréquent et d'une importance considérable : mais c'est peut-être en exagérer légèrement la portée que de lui subordonner délibérément nombre de symptômes sur lesquels l'étiologie est loin d'avoir dit son dernier mot. Nous citerons en particulier l'exemple de l'angine de poitrine, ce symdrôme si remarquable dont l'étude forme un des meilleurs chapitres du livre de M. Huchard. Ici l'auteur fait de visibles efforts pour assurer le triomphe de la théorie qui lui est chère, celle de la sténose des artères coronaires, et de l'ischémie du myocarde. Il ne néglige aucun des arguments propres à l'étayer, et discute avec soin toutes les objections qu'elle soulève. Or, il s'en faut que les causes de l'angine de poitrine vraie soient toutes élucidées. A côté des faits positifs, il y a des faits négatifs, d'autres qui restent douteux et qui n'autorisent aucune conclusion précise. La théorie de la sténose coronaire ne s'applique réellement ici qu'à un nombre de cas limité, on ne peut donc en faire le mécanisme uniforme du syndrome de Rougnon-Heberden.

Pareille réflexion pourrait d'ailleurs s'appliquer à certaines idées concernant l'interprétation du rôle joué dans un autre ordre de faits par l'artério-sclérose du cœur. Ainsi la distinction des cardiopathies d'origine purement artérielle et des cardiopathies valvulaires est peut-être trop factice, trop tranchée, eu égard à ce qui se passe dans la clinique où l'on rencontre parfois, sur ce terrain, des difficultés presque insolubles.

De même, les considérations tirées de l'état de la tension artérielle, auxquelles M. Huchard confère tant d'importance, sont bien un peu théoriques, et l'interprétaion du fait en lui-même est parfois sujette à caution, souvent discutable. On pourrait en dire autant de l'interprétation du rôle dévolu aux lésions rénales, habituellement contemporaines de l'altération cardiaque et artérielle. Il n'est pas toujours facile d'apprécier exactement le degré de leur participation aux symptômes constatés, et on peut discuter, sans parvenir à s'entendre, sur l'influence qui leur revient.

Nous venons de présenter quelques-unes des objections qui nous sont venues à l'esprit, en lisant le beau traité de M. Huchard, et de formuler quelques-unes des critiques sans lesquelles il ne saurait y avoir d'analyse bibliographique sérieuse. Cela dit, nous sommes maintenant à notre aise pour reconnaître que ce livre à les qualités requises pour justifier la vogue et le succès auxquels l'auteur peut s'attendre : d'autant qu'il n'existait guère jusqu'à présent d'ouvrage similaire, où l'étude des cardiopathies soit présentée sous cette forme et avec un point de départ qui lui assure une incontestable originalité.

En particulier, la pratique n'y a pas été sacrifiée à la théorie, ainsi que cela se voit souvent dans la littérature médicale, où l'exposé des opinions et des faits expérimentaux occupe la place à peu près exclusivement, au détriment des notions thérapeutiques. Loin de là, M. Huchard a fait une large part à ces dernières, sachant qu'elles sont la sanction indispensable de toutes les spéculations nosologiques, ou pour mieux dire la véritable raison d'être de celles-ci. Conséquent avec les idées dont il s'est fait le défenseur, il a cru devoir consacrer plusieurs leçons au traitement de l'artério-sclérose en général, de celle du cœur en particulier, à l'exposé des préceptes d'hygiène, des méthodes d'entraînement et des pratiques d'hydrothérapie utilisables en pareil cas. Pareillement, il a étudié avec soin la valeur des diverses médications usitées contre l'angine de poitrine, faisant ressortir à cette occasion la distinction déjà ancienne, mais plus fondée que jamais, entre l'angine de poitrine vraie, toujours mortelle, et les pseudoangines, qui n'empruntent guère que le masque symptomatique de leur homonyme, sans revêtir sa gravité.

Puis, dans une dernière leçon, faisant un retour sur les doctrines exposées au cours de l'ouvrage, il montre l'intérêt qu'il y a pour le médecin à traiter de bonne heure l'artério-sclérose, ou plutôt l'hypertension artérielle, véritable cause de celle-ci, à faire, en un mot, de l'*arteriothérapie* précoce et raisonnée, c'est-à-dire la véritable thérapeutique pathogénique et rationnelle.

Toute cette étude, nous dit M. Huchard, est l'œuvre de vingt années, le résultat de recherches patiemment poursuivies, le couronnement d'une expérience déjà longue. Une élaboration aussi consciencieuse ne pouvait donner qu'un fruit mûr, aussi n'hésitons-nous pas, en dépit de quelques réserves et de quelques restrictions, à affirmer ici la valeur de cet ouvrage et à lui assigner une place des plus honorables dans la littérature médicale contemporaine. M. Huchard nous promet d'ailleurs de lui donner prochainement un compliment, sous forme d'un résumé de ses leçons sur les cardiopathies valvulaires. Nul doute que celui-ci ne reçoive un accueil aussi favorable et qu'il ne mérite à un degré égal les appréciations élogieuses de la presse et de la critique.

P. MOSELIER.

REVUE DES JOURNAUX

CONTRIBUTIONS A L'ÉTUDE DE LA SYRINGOMYÉLIE.

(Suite et fin) (1).

V. — UN CAS D'ATROPHIE MUSCULAIRE PROGRESSIVE D'ORIGINE SYRINGOMYÉLITIQUE, par le Dr L. STEMBO. (*St-Petersburger medicin. Wochenschrift*, 1892, n° 35.)

VI. — CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE DE LA SYRINGOMYÉLIE.

(1) Voir le numéro précédent.

Sur un cas de syringomyélie avec manifestations bulbaires, par A. Raichline. (*Thèse de Paris*, 1892.)

VII. — Un cas de syringomyélie avec hémi-atrophie de la langue, par le Dr P.-A. Tambourer. (*Neurologisches Centralblatt*, 1892, n° 15, p. 494.)

— Syringomyélie et maladie de Morvan, par le professeur Koshewnikow. (*Eodem loco*, p. 495.)

VIII. — Un cas de syringomyélie, par J. Hughlings Jackson et James Galloway. (*The Lancet*, 20 février 1892.)

IX. — Syringomyélie unilatérale, par MM. Déjerine et Sottas. (*Bulletin medical*, 1892, n° 60.)

X. — Maladie de Morvan, par B. Sachs et S.-T. Armstrong. *New-York medical journal*, 30 avril 1890.)

XI. — Sur les manifestations cliniques de la syringomyélie, par le Dr H. Schlesinger. (*Wiener med. Presse*, 1892, n° 49, p. 1968.)

XII. — Un cas de syringomyélie, par le Dr Goldschmied. (*Eodem loco*, n° 51, p. 2048.)

XIII. — Sur l'hystérie simulant une gliomatose de la moelle, par G.-J. Rossolimo. (*Neurologisches Centralblatt*, 1892, n° 15, p. 493.)

XIV. — Sur des formations cavitaires aigues dans la moelle, par Koppen. (*Eodem loco*, p. 487.)

V. — Voir le précédent numéro, p. 7.

VI. — L'observation qui a servi de thème à la thèse de M. Raichline a été recueillie dans le service de M. F. Raymond à l'hôpital Lariboisière ; c'est un autre exemple de syringomyélie ayant évolué sous les dehors de l'atrophie musculaire progressive du type Aran-Duchenne. La symptomatologie, avec addition de symptômes étrangers à cette modalité clinique du cas, a été résumée par l'auteur dans les termes suivants :

Atrophie musculaire progressive du type Aran-Duchenne. Analgésie et thermoanesthésie de toute la moitié supérieure du corps. Paresthésies. Hyperesthésie de la tête avec douleurs fulgurantes. Deux poussées aiguës avec troubles bulbaires consécutifs. Nausées. Vomissements. Hoquet. Salivation. Vertiges. Troubles oculaires. Diplopie. Nystagmus. Ptosis. Rétraction du globe oculaire avec myosis. Paralysie laryngée et pharyngée. Parésie faciale inférieure. Début tardif. Rémissions. Ajoutons que l'on n'a pas constaté de tremblement fibrillaire au niveau des muscles atrophiés, que les réflexes tendineux des fléchisseurs de l'avant-bras étaient abolis, ainsi que le réflexe du triceps brachial à gauche, que les réflexes rotuliens étaient au contraire exagérés, enfin, que le sujet de l'observation n'était pas syphilitique, mais qu'il avait subi un traumatisme de la colonne vertébrale.

VII. — Une observation communiquée par M. Tambrrer, à la Société des neurologues et des aliénistes de Moscou (séance du 17 janvier 1892), est un exemple de syringomyélie avec hémi-atrophie de la langue. Le sujet, un jeune homme de 21 ans, avait les membres supérieurs et les régions trochantériennes couverts de cicatrices, résidus de brûlures et de panaris. Démarche hésitante. Signe de Romberg. Atrophie diffuse des muscles des membres à droite, avec tremblements fibrillaires dans ces mêmes parties. Les réactions électriques étaient normales. Exagération des réflexes patellaires et des tendons d'Achille ; trépidation épileptoïde. Thermo-anesthésie en jaquette. Analgésie prononcée, répandue sur presque tout le corps. Anesthésie tactile marquée surtout à droite. Nystagmus. La langue mesurait 3 centimètres en largeur dans sa moitié gauche, et seulement 2 centimètres dans sa moitié droite ; de ce dernier côté, elle mesurait 5 millimètres d'épaisseur et 6 millimètres à gauche. Quand le malade tirait la langue, l'organe était totalement dévié à droite. Conservation de la sensibilité gustative ; exagération de l'excitabilité électrique des muscles de la moitié droite. Parésie de la moitié droite du voile du palais et de la corde vocale du côté correspondant. Pas de troubles de l'articulation des sons, de la phonation et de la déglutition. Troubles trophiques et vasomoteurs variés, entre autres, hyperidrose de la moitié gauche du tronc et de la face.

La maladie s'était développée treize années auparavant, à la suite d'une atteinte de la fièvre typhoïde. Pas d'infection syphilitique antécédente. Pour l'auteur il s'agissait, dans ce cas, d'une gliomatose centrale, avec envahissement de la moelle allongée et notamment du noyau gauche de l'hypoglosse.

— Dans le cours de la même séance, le professeur Koshewnikow a parlé d'un malade en traitement dans son service, qui présentait, d'un côté, de l'atrophie musculaire d'un membre, avec dissociation de la sensibilité, tandis que le membre de côté opposé réalisait le syndrome de la maladie de Morvan.

VIII. — L'observation publiée par MM. Hughlings Jackson et J. Galloway, présente cet intérêt spécial que la dissociation syringomyélique de la sensibilité a été constatée sur la moitié droite de la muqueuse linguale.

IX. — Le cas relaté par MM. Déjerine et Sottas réalise un exemple de syringomyélie unilatérale : homme de 63 ans, le début de la maladie remonte à une dizaine d'années. Atrophie musculaire de la main et de l'avant-bras, à droite, avec analgésie et thermoanesthésie du membre supérieur droit et de la moitié droite du thorax. L'autopsie a confirmé le diagnostic porté du vivant du malade : syringomyélie de la moitié droite de la moelle, accusée surtout dans le segment cervical.

X. — Un homme de 28 ans avait contracté à l'âge de 18 ans un ulcère vénérien avec bubon. Six ans plus tard il avait remarqué que ses mains avaient perdu de leur vigueur, et qu'elles étaient agitées par de petites secousses. Les doigts s'étaient tuméfiés. Des rhagades s'étaient creusées dans la peau épaissie. Puis des panaris s'étaient développés à deux doigts de la main gauche. Lorsque le malade fut examiné pour la première fois par MM. Sachs et Armstrong, il réalisait exactement le tableau clinique de la maladie de Morvan.

Les deux auteurs sont d'avis qu'il y a lieu de maintenir une ligne de démarcation entre cette maladie et la syringomyélie, la première ayant pour caractères différentiels spécifiques l'apparition précoce de panaris, la prédominance de l'atrophie aux muscles fléchisseurs, principalement à ceux des doigts (mains en griffe), tandis que dans les cas de syringomyélie l'atrophie prédomine aux extenseurs (mains de prédicateur), elle envahit les muscles des membres inférieurs, enfin la maladie suit une marche progressive. Le substratum anatomo-pathologique de la maladie de Morvan serait représenté, au dire des deux auteurs, par une névrite périphérique.

XI. — Dans une communication au club médical de Vienne (23 novembre 1892), M. Schlesinger a passé en revue les diverses modalités de la syringomyélie. Il a insisté sur les rapports de la syringomyélie avec l'acromégalie et avec le pemphigus. A ce propos il a mentionné un cas où on avait

porté le diagnostic de pemphigus foliacé, et où, à l'autopsie, on a trouvé les lésions de la syringomyélie.

L'auteur a également insisté sur les difficultés que peut présenter le diagnostic différentiel de la syringomyélie et de l'hystérie.

Enfin M. Schlesinger ne croit pas à l'existence de « formes latentes » de la syringomyélie, dont on n'a pas encore publié d'exemple authentique.

Dans le cours de la discussion qui a suivi, M. Frankel-Hochwart a mentionné que, dans quatre cas de syringomyélie qu'il a observés récemment dans le service du professeur Nothnagel, on n'a pas constaté de rétrécissement du champ visuel. M. Frankel se rallie à l'opinion de Charcot, comme quoi la constatation d'un rétrécissement du champ visuel, dans un cas de syringomyélie, implique l'association de l'hystérie à cette affection spinale.

XII. — L'observation de M. Goldschmied, tirée du service du prof. Drashe, de Vienne, est un cas de syringomyélie de la forme amyotrophique type Aran-Duchenne). Comme particularités cliniques dignes d'être notées, nous mentionnerons : rétrécissement de la fente palpébrale, à droite ; myosis et épiphora, de ce même côté ; amélioration spontanée d'un certain nombre de symptômes, de l'analgésie et de la thermo anesthésie, des troubles fonctionnels des jointures, de l'atrophie des inter-osseux aux mains.

XIII. — M. Rossolimo a présenté à la Société des neurologues et psychiatres de Moscou (séance du 20 mars 1892) une jeune fille de 20 ans qui, en l'espace de dix-huit mois, a présenté, à dix reprises différentes, un ensemble de symptômes qui simulait le tableau de la syringomyélie : mains en griffes, par suite d'une paralysie des inter-osseux ; parésie des extenseurs du bras, plus prononcée à gauche ; analgésie totale et thermoanesthésie aux deux mains, avec conservation relative de la sensibilité tactile ; émoussement notable de la sensibilité musculaire ; trace d'une brûlure dont la malade n'avait pas eu conscience. A trois reprises différentes, les accidents se sont dissipés sous l'influence de la suggestion hypnotique. Aussi M. Rossolimo n'hésite-t-il pas à en faire des manifestations de l'hystérie.

XIV. — M. Koppen, dans une communication à la Société de psychiatrie de Berlin (séance du 4 juillet 1892), a communiqué deux cas de formation cavitaire aiguë dans la moelle.

Dans l'un de ces cas, on avait constaté, du vivant du malade, une maladie atrophique des deux jambes avec troubles très accusés de la sensibilité et troubles du côté de la vessie. Peu de temps avant sa mort, le malade avait eu du ptosis et du myosis à droite. A l'autopsie, on a trouvé le plexus sacré et une partie du plexus lombaire comprimés par des masses sarcomateuses, dégénérescence secondaire dans la moelle. Excavation au centre de la substance grise du segment cervical, sans communication avec le canal central, sans paroi propre ; hémorrhagies visibles seulement au microscope.

Le second cas concernait un homme qui fut frappé d'une parésie aiguë des membres inférieurs, avec spasmes et tremblement des mains. A l'autopsie, on a trouvé dans le segment cervical de la moelle un dédoublement de la corne antérieure, et à certain niveau une excavation en forme de déchirure. La substance grise était également parsemée de nombreux foyers hémorrhagiques.

L'auteur pense que dans les deux cas, les déchirures cavitaires ont été la conséquence d'un ramollissement œdémateux hémorrhagique. Dans le second cas, les troubles circulatoires ont été favorisés par la malformation congénitale de la moelle.

E. Ricklin.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

De la réduction des luxations de la hanche en avant par la méthode de douceur, par M. A.-J. Liber. — Th. Paris.

Les luxations coxo-fémorales en avant surviennent, avec ou sans traumatisme, pendant la flexion de la cuisse sur le bassin, flexion qui s'accompagne toujours d'un certain degré d'abduction ou de rotation en dehors. La capsule se trouve ainsi déchirée à la partie inférieure et interne.

La tête fémorale luxée, primitivement située en bas, passe secondairement en avant par le fait de l'extension du membre. La partie antérieure de la capsule restée intacte et plus exactement le ligament iléo-fémoral constitue dès lors le principal obstacle à la réduction.

Pour remettre la tête du fémur dans la cavité cotyloïde, il convient de faire parcourir à la tête une marche inverse à celle déjà parcourue et la base du traitement devra être la flexion et l'abduction de la cuisse portée à un degré tel que dans la flexion, le genou touche la poitrine et le plan du lit dans l'abduction.

Le pronostic des luxations ovalaires et iléo-pubiennes n'est pas grave. Le membre peut être utilisable même en cas d'irréduction.

Contribution a l'étude du traitement de quelques affections du larynx, par M. Le Tanneur. — Th. Paris.

La toux quinteuse, opiniâtre et pénible, les déglutitions douloureuses, les hyperesthésies et les paresthésies de quelque nature qu'elles soient sont, au dire de l'auteur, rapidement et radicalemeunt guéries par l'antipyrine employée localement, soit en pulvérisations, soit en badigeonnages faits avec une solution variant de 40 à 60 p. 100. L'antipyrine agit ici comme un analgésique, un anesthésique et un antiseptique puissant, susceptible de guérir en cette qualité les laryngites dont l'origine parasitaire n'est pas démontrée, mais est très probable.

Ch. Amat.

BULLETIN

Académie de médecine. — De l'ischio-pubiotomie. — Des divers traitements de l'éclampsie, en particulier de l'intervention obstétricale. — Laparotomie pour un énorme kyste de l'ovaire. — Du procédé de la langue pour rappeler à la vie les nouveau-nés.

Société de biologie. — Combinaisons de la fièvre typhoïde et de la tuberculose aiguë. — Action exercée par les injections de liquide testiculaire sur l'éréthisme des organes génitaux de la femme.

L'obstétrique et la chirurgie abdominale ont fait à peu près tous les frais de la dernière séance de l'Académie de médecine.

Tout d'abord, M. Pinard a présenté à la savante Compagnie une femme chez laquelle il a pratiqué avec succès une opération nouvelle, l'ischio-pubiotomie, qu'il propose modestement de désigner sous le nom d'opération de Farabeuf, parce que

on collègue en a indiqué ou tracé toutes les règles sur le cadavre, mais qui restera sans doute, et fort légitimement, dans la pratique obstétricale, sous le nom de celui qui l'a pratiquée pour la première fois sur le vivant.

L'histoire de la malade de M. Pinard est une véritable odyssée. Ayant au plus haut degré le sentiment de la maternité, elle voulait absolument avoir un enfant, et, il a va sans dire, un enfant vivant, qu'elle pût élever. Or, elle avait un bassin oblique ovalaire avec synostose de la symphyse sacro-iliaque droite et un rétrécissement considérable, le diamètre antéro-postérieur n'ayant que 8 cent. 1/2. Quatre grossesses successives ayant nécessité soit un accouchement prématuré, soit différentes interventions obstétricales, n'avaient pu remplir son désir. Une cinquième grossesse survient et elle conjure M. Pinard de la faire accoucher une bonne fois d'un enfant vivant et viable. Notre confrère étudie les moyens de lui donner satisfaction, en sauvegardant également la vie de la mère et celle de l'enfant. Il pense tout d'abord à la symphyséotomie, mais il se rend compte que, avec la synostose sacro-iliaque de la femme, cette intervention sera insuffisante. L'opération césarienne ferait courir un trop grand danger à la mère. C'est alors que, prenant conseil de M. Tarnier et de M. Farabeuf, il se décide à pratiquer, après l'avoir bien étudiée sur le cadavre, l'ischio-pubiotomie.

Le travail de l'accouchement étant commencé, M. Pinard, après incision des parties molles, scie la branche ischio-pubienne, puis la branche horizontale du pubis droit à 5 centimètres de la ligne médiane. La pression exercée par la tête de l'enfant rend assez difficile l'introduction de la scie à chaîne. Mais il s'écoule extrêmement peu de sang et l'application du forceps Tarnier permet, presque sans traction, d'amener l'enfant. La délivrance se fait comme d'habitude; la coaptation parfaite des os rend la suture osseuse inutile; M. Pinard se borne à suturer les parties molles et place la femme sur le lit spécial aux symphyséotomisées. Au neuvième jour, l'opérée peut s'asseoir sur son lit; au vingtième, elle se lève. Les membres de l'Académie ont pu voir qu'elle marche comme si elle n'avait pas été opérée; le double ca osseux est des plus solides. L'enfant va très bien. Le résultat ne pouvait être plus heureux.

— M. Charpentier, qui, à la tribune, succède à M. Pinard, lit la première partie d'un long et laborieux mémoire sur les traitements de l'éclampsie. Il produit de nombreuses statistiques qui permettent d'apprécier les résultats de ces divers traitements.

Ainsi, parmi les traitements médicamenteux, la méthode antiphlogistique (saignée) donne une mortalité de 35 p. 100; la méthode anesthésique (chloroforme), une mortalité de 35 à 50 p. 100; le chloral associé à la saignée 9 p. 100; le chloral seul et à hautes doses, une mortalité de 4 p. 100. C'est cette dernière médication que M. Charpentier préconise.

Le traitement obstétrical consiste, soit dans une intervention bénigne, comme une simple application de forceps ou la version pour terminer promptement l'accouchement, ce qui est une excellente pratique, soit dans l'accouchement provoqué ou l'accouchement forcé. M. Charpentier condamne ces deux derniers modes d'intervention dont il montre les dangers en discutant de nombreuses statistiques tournies surtout par les auteurs alternants. C'est principalement à cette étude critique qu'est consacrée la première partie de son important travail.

— M. Maritan (de Marseille) présente une femme chez laquelle il a enlevé un kyste de l'ovaire qui ne contenait pas moins de 60 litres et demi de liquide et dont la masse totale pesait 80 kilogr. Avant l'opération, la malade, dont M. Maritan fait passer quelques photographies sous les yeux de l'Académie, mesurait 1 m. 98 de circonférence et pesait 117 kilogr. Après l'opération, son poids était de 42 kilogr.; il est aujourd'hui de 55 kilogr. L'incision abdominale n'a pas en moins de 60 centim. d'étendue et, pour être fermée, a exigé 100 points de suture. L'opération a été rendue difficile par des adhérences nombreuses et résistantes. Malgré un état de collapsus qui l'a suivi e la malade a repris quelques forces et a fini par se rétablir. C'est, en définitive, un nouveau et beau succès à l'actif de la laparotomie.

— Le *procédé de la langue*, décrit et recommandé par M. Laborde pour rétablir la respiration dans les cas d'asphyxie, trouve chaque jour de nouvelles applications. Il y a huit jours, c'est M. Laborde lui-même qui communiquait à l'Académie le fait, observé par un de ses homonymes, d'une petite fille de 20 jours, atteinte d'un spasme de la glotte, qui fut traitée et sauvée par le procédé en question. « Je saisis la langue avec des pinces, dit M. Laborde (de Biarritz) et, par des tractions rhythmées, combinées à la respiration artificielle, je parvins, au bout de dix minutes environ, à rétablir la respiration. »

Mardi dernier, M. Khristoyanaki est venu apporter un nouvel exemple de l'action prompte et efficace du procédé de M. Laborde. Il s'agit d'un enfant nouveau-né, en état de mort apparente, qu'on s'efforça en vain, pendant une heure et demie, de rappeler à la vie par les moyens connus et en quelque sorte classiques: aspiration des mucosités laryngées avec le tube de Ribemont, insufflation laryngée suivie d'expiration provoquée par des pressions sur la poitrine, frictions excitantes, bain chaud, respiration artificielle, etc. Notre confrère se rappela heureusement le procédé Laborde; il saisit la langue de l'enfant avec une pince hémostatique et pratiqua des tractions rythmées. Un léger mouvement repiratoire suivit assez promptement cette manœuvre et la respiration ne tarda pas à s'établir d'une façon régulière. L'enfant, très délicat (il pesait 1.460 gr.), placé d'abord dans une couveuse, s'est parfaitement développé et va aujourd'hui très bien.

La connaissance de cette observations offre un grand intérêt pour tous ceux qui s'occupent d'obstétrique. Combien de praticiens, après une heure et demie de vains efforts, n'auraient-ils pas renoncé à l'espoir de rappeler le nouveau-né à la vie.

— Tout le monde sait que le diagnostic différentiel entre la tuberculose aiguë et la fièvre typhoïde présente parfois de très grandes difficultés. Si, comme le tend à prouver le fai communiqué à la Société de biologie par MM. Kiéner et H. Villard, les deux maladies peuvent se combiner, on comprend que, dans certains cas, il n'y a plus de diagnostic différentiel à faire.

Dans l'observation de nos deux confrères, il s'agit d'un individu qui avait succombé au cours d'une fièvre typhoïde, et chez lequel l'examen anatomo-pathologique et bactériologique a révélé la coexistence de l'infection typhique et de l'infection tuberculeuse. D'une part, en effet, les poumons, le péritoine, la pie-mère cérébelleuse présentaient une éruption de granulations tuberculeuses; d'antre part les plaques de Peye

étaient le siège d'ulcérations, comme celles qu'on rencontre à la fin du troisième septénaire de la fièvre typhoïde, mais ne portaient aucune trace de granulations tuberculeuses. La rate était volumineuse et quelques parcelles de cet organe ont donné, par l'ensemencement, des cultures du bacille d'Eberth. Voilà un fait bien démontré, peut-être le premier, au dire des auteurs, d'une combinaison, d'une association de la fièvre typhoïde avec la tuberculose.

— Dans une précédente séance, la Société de biologie avait entendu une intéressante communication de MM. Barnsby et Lallemant, sur l'action emménagogue exercée par les injections du liquide testiculaire.

Le mode de traitement inauguré par M. Brown-Séquard, qui a d'abord provoqué un scepticisme général, ne cesse d'être l'objet, tant en France qu'à l'étranger, de recherches expérimentales et cliniques. Le laboratoire du collège de France n'a plus suffi à préparer les liquides organiques; des laboratoires privés ont entrepris la préparation de ces liquides d'après le procédé de M. d'Arsonval, si bien qu'il est possible, on pourrait même dire facile à tout praticien d'expérimenter à son tour la méthode.

La Société des sciences médicales de Lyon, dans ses dernières séances de décembre, a entendu plusieurs communications, soit sur la préparation des liquides extractifs (Jacquet), soit sur le résultat d'expériences cliniques entreprises avec ces liquides, chez des malades atteints d'ataxie locomotrice, d'hémiparaplégie avec atrophie, de neurasthénie, de contracture hystérique, de convalescence de fièvre typhoïde, de cancer de l'estomac, de myxœdème, etc. Les résultats ont été variables, ce qui tient à différentes circonstances; somme toute, ils confirment l'action tonique du liquide testiculaire préparé suivant le procédé de M. d'Arsonval.

Mais, revenons à la communication de MM. Barnsby et Lallemant. Ces auteurs ont pratiqué des injections de liquide testiculaire chez des femmes atteintes de mélancolie. L'état mental n'a nullement été modifié; mais, chez quelques-unes de leurs malades, les règles, qui étaient supprimées depuis plusieurs mois, et même chez l'une d'elles, depuis trois ans, ont reparu à la suite d'un nombre assez restreint d'injections. Chez une infirmière, dont les règles étaient supprimées depuis deux ans, est survenue une épistaxis abondante en même temps que de vives douleurs envahissaient les cuisses et le bas-ventre; cette épistaxis peut être considérée comme succédanée de l'écoulement menstruel.

Les auteurs concluent de ces faits que le liquide testiculaire favorise l'éréthisme des organes qui sont le point de départ de l'écoulement menstruel et qu'il possède ainsi une véritable action emménagogue. La seconde partie de cette conclusion est peut-être un peu hasardée ou hâtive, et il nous paraît plus exact de dire, d'une manière générale, que le liquide testiculaire provoque ou favorise parfois l'éréthisme de l'appareil utéro-ovarien, que le résultat de cette excitation soit d'ailleurs la réapparition des règles ou tout autre phénomène. Nous nous appuyons, pour formuler cette réserve, sur un fait d'un autre genre que nous avons observé, mais que nous ne saurions relater ici d'une manière incidente; nous en ferons l'objet d'une prochaine note.

Dr F. de Ranse.

NOTES ET INFORMATIONS

La médaille de l'Association générale des étudiants. — M. Bourgeois, lorsqu'il était ministre de l'Instruction publique, avait pris l'initiative d'offrir une médaille à l'Association générale des étudiants. M. Ch. Dupuy a tenu les engagements de son prédécesseur et lundi dernier, dans la salle du Conseil académique, à la Sorbonne, il a fait solennellement la remise de cette médaille à l'Association. Le vice-recteur de l'Académie de Paris, les doyens et les membres du Conseil général des Facultés, le directeur de l'enseignement supérieur, le directeur des Beaux-Arts, un grand nombre de professeurs s'étaient joints au ministre; les membres de l'Association remplissaient la salle.

M. Gréard a pris le premier la parole et s'est exprimé ainsi :

« Monsieur le ministre,

« Dès son origine, l'Association générale des étudiants s'est donné comme signe de ralliement le drapeau national. Vous savez avec quelle dignité virile elle l'a tenu, ici, à l'étranger, partout où elle a été appelée à le déployer. Symbole de l'honneur et du devoir, le drapeau est en outre pour elle le vivant emblème de sa fraternelle union.

« Ce lien, déjà fort de près de dix années d'existence, la médaille que voulez bien nous apporter au nom du gouvernement de la République achèvera de le resserrer. Lorsqu'au moyen âge l'Université de Paris fut autorisée à adopter pour la sanction de ses actes le sceau qui consacrait son indépendance, un jeune clerc, s'il faut en croire la légende, s'écria : « Que ne pouvons-nous tous en porter l'image pour nous mieux reconnaître et nous mieux aimer ! » Ce vœu était touchant dans sa candeur naïve. La belle médaille de M. Soldi permet aujourd'hui de le réaliser.

« Un peu de temps encore et, avec son drapeau, avec sa médaille, l'Association aura sa maison. Ce sera la dernière page de l'histoire heureuse de sa fondation.

« C'est ainsi que, tandis que la question des universités se discute, ici elle se résout. Elle se résout naturellement : chez les étudiants, par l'élan et l'accord de ces volontés jeunes, ardentes, librement unies ; chez les maîtres, par la compréhension chaque jour plus claire et plus profonde des intérêts communs aux divers enseignements ; chez tous, par la solidarisation résolument poursuivie des intelligences et des cœurs. « Pour ceux qui ont foi en ces efforts, qui, dans l'organisation forte de grands centres universitaires, voient un des plus puissants ressorts d'action intellectuelle et morale, votre présence aujourd'hui, monsieur le ministre, en Sorbonne, dans *la maison commune*, est un précieux encouragement.

« Cette salle future de nos actes n'est pas terminée, et déjà la voilà consacrée par d'inoubliables souvenirs. Hier, nous célébrions le jubilé d'un grand savant et celui d'un grand homme; nous saluions en eux, avec respect, tout un passé de gloire qui n'est pas clos, grâce à Dieu, et dont les purs rayons nous illumineront, nous échaufferont longtemps encore. La fête de ce jour, simple, familiale, telle que vous l'avez voulue, est la fête souriante de l'avenir. Des rangs de cette vaillante jeunesse sortira-t-il quelque jour un Hermite, un Pasteur ? Ce que je puis vous assurer, monsieur le ministre, c'est que maîtres et étudiants maintiennent les traditions d'activité et de probité dans le travail, d'amour désintéressé de la science, qui ont été de tout temps l'honneur de l'esprit français et qui resteront sa force. »

M. le ministre, en remettant la médaille à l'Association, se fait l'interprète de la sympathie du gouvernement à son égard. La solennité de ce jour est, dit-il, la consécration définitive de l'Association des étudiants.

M. Devise, président du comité de l'Association, remercie en excellents termes le ministre et confond dans le même témoignage de reconnaissance le vice-recteur et le directeur des Beaux-Arts qui ont contribué à la prospérité de l'Association.

M. Lavisse qui, dès l'origine, a donné tout son cœur à l'Association, rappelle à grands traits ses premières étapes, constate avec joie son développement progressif et applaudit à ses espérances qui ont pour base solide une double croyance : foi en la science, foi en la patrie.

Le duel et les polémiques scientifiques. — Le duel, chose courante dans le monde politique, menacerait-il d'entrer dans nos mœurs scientifiques ? Le *Progrès médical* publiait, en tête de ses colonnes, dans son dernier numéro, un échange de lettres qui rappelle les trop nombreux procès verbaux dont sont émaillées les feuilles publiques. Un professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, se trouvant offensé par un article d'un de ses collègues, relève la forme en lui envoyant ses témoins et discute ou réfute le fond dans une réponse que publie le même journal où a paru l'article incriminé. Entre savants, l'honorabilité personnelle est rarement mise en jeu et, quant à la loyauté scientifique, ce n'est pas un coup d'épée ou l'échange de deux balles de pistolet qui permettront de l'apprécier : elle ressortira plus clairement des faits, textes et citations qu'on pourra réunir et opposer de part et d'autre. Le public étant pris pour juge, on n'a qu'à mettre sous ses yeux les pièces du procès. C'est ce qu'ont pensé avec raison les témoins chargés de régler le différend dont il s'agit et tout le monde applaudira aux déclarations suivantes de deux d'entre eux :

« Lorsque ni la bonne foi ni l'honneur ne sont mis en doute, les polémiques scientifiques, si vives qu'elles puissent parfois devenir dans la forme, ne peuvent trouver leur naturelle sanction que sur le seul terrain qui leur convienne, celui de la libre discussion.

« Nous ne voudrions, à aucun prix, établir un précédent qui, dans les contestations scientifiques, nous paraîtrait, à nous personnellement, inadmissible. »

NOUVELLES

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le Dr Chevandier, sénateur de la Drôme. Durant les longues années qu'il a été député, notre confrère n'a cessé de défendre devant le Parlement les intérêts du corps médical et c'est à lui, en grande partie, à ses efforts constants, à sa ténacité, que nous devons la nouvelle loi sur l'exercice de la médecine. Le corps médical ne saurait, sans être ingrat, oublier ses éminents services et il s'associera certainement dans le même sentiment de sympathie et de regrets que laisse la mort de ce vaillant et honorable confrère.

— Nous apprenons aussi la mort de Mme Malgaigne, veuve de l'ancien professeur de médecine opératoire, et belle-mère de M. le professeur Léon Le Fort, à qui nous exprimons nos sentiments de condoléance.

— Au moment de mettre sous presse, nous apprenons, avec une profonde douleur, la mort de notre excellent confrère, le Dr Horteloup, qui vient de succomber à Hyères, où il était allé s'installer depuis le mois d'octobre.

Facultés et écoles des départements.

École de médecine de Clermont. — M. le Dr Ledru, professeur de clinique chirurgicale, est nommé, pour trois ans, directeur de ladite École.

École de médecine de Limoges. — M. le Dr Thonvenet est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales.

M. Laroulandie, pharmacien de 1re classe, est institué pour une période de neuf ans, suppléant de la chaire de pharmacie et de matière médicale.

École de médecine de Nantes. — M. le Dr Touaille de Larabrie, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales, est chargé d'un cours de clinique chirurgicale.

M. Fallourd est nommé préparateur des cours de physique, d'histoire naturelle et de matière médicale.

École de médecine de Reims. — M. Colleville, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, est chargé en outre, pendant la durée du congé accordé à M. Langlet (année scolaire 1892-1893), des fonctions de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales.

Légion d'honneur. — Sont nommés :

Officiers. — M. le Dr Kermprgant (médecin des colonies).

Chevaliers. — MM. les Drs Bréchot (de Versailles); (Guérin médecin des colonies).

Société de chirurgie de Paris. — La Société de chirurgie de Paris tiendra sa séance annuelle le mercredi 18 janvier à 4 heures.

ORDRE DU JOUR :

1° Allocution de M. Chauvel, président.

2° Compte rendu des travaux de l'année 1892, par M. Bouilly, secrétaire annuel.

3° Eloge d'Ulysse Trélat, par M. Ch. Monod, secrétaire général.

4° Proclamation des prix pour l'année 1892.

Conférences cliniques de l'hôpital Lariboisière. — Le Dr F. Raymond recommencera ses conférences cliniques sur les maladies du système nerveux, le jeudi, 19 janvier 1893, à 10 heures du matin, à l'hôpital Lariboisière, salle Trousseau, et les continuera les jeudis suivants à la même heure.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

De l'intervention chirurgicale dans les cas de hernie ombilicale adhérente, par le Dr Joseph Gaston. — Paris, Henri Jouve, 1892.

Paralysie hystérique systématique (Paralysie partielle et systématique des fonctions motrices du membre inférieur gauche. — Paralysie faciale hystérique), par le Dr J. Babinski, médecin des hôpitaux. — Paris, G. Masson, éditeur, 1892.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU 1er AU 7 JANVIER 1893

Fièvre typhoïde, 12. — Variole, 1. — Rougeole, 13 — Scarlatine 2. — Coqueluche, 17. — Diphtérie, croup, 35. — Affections cholériformes, 0. — Phtisie pulmonaire, 219. — Autres tuberculoses, 26. — Tumeurs cancéreuses et autres, 65. — Méningite, 42. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 69 — Paralysie, 7. — Ramollissement cérébral, 14. — Maladies organiques du cœur, 75. — Bronchite aiguë et chronique, 93. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 136. — Gastro-entérite des enfants : Sein, biberon et autres, 51. — Fièvre et péritonite puerpérales, 2. — Autres affections puerpérales 1. — Débilité congénitale et vices de conformation, 33. — Sénilité, 64. — Suicides et autres morts violentes, 37. — Autres causes de mort, 243. — Causes inconnues, 12. — Total : 1243

Le Rédacteur en chef et gérant : F. de Ranse.

Paris. — Typ. A. Davy, 52, rue Madame. — *Téléphone*.

64e Année. 8e Série. Tome II — N° 3 — 21 janvier 1893

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Rédacteur en chef : M. le Dr F. DE RANSE

Comité de Rédaction : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN
J. ARNOULD (de Lille), P. FABRE (de Commentry), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon)

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, avenue Montaigne (Rond-Point des Champs-Élysées)

ÉPIDÉMIOLOGIE

OBSERVATIONS SUR LES TROUBLES CIRCULATOIRES DANS LE CHOLÉRA ASIATIQUE CHEZ LES ENFANTS

Par M. G. Variot,
Médecin des hôpitaux.

(Suite et fin (1).

La transfusion intraveineuse est une méthode très rapide et très sûre de lutter contre les troubles de la circulation périphérique et spécialement contre le spasme artériel qui se traduit, à la période d'algidité, par l'asphygmie.

Mon collègue E. Galliard a dit qu'il considérait cette opération comme la dernière cartouche que le médecin ait à brûler dans la bataille qu'il livre au choléra.

A l'hôpital Trousseau, nous disions que la transfusion intraveineuse était la trachéotomie du choléra puisque nous avions à faire à des enfants.

En se reportant à l'article choléra du *Dictionnaire* en 30 volumes, il est facile de voir que nous n'avons pas beaucoup changé la méthode opératoire dont l'Écossais Thomas Latta a été l'inventeur. Dès 1832, on injectait de l'eau salée additionnée de carbonate de soude dans les veines. M. Hayem a proposé la substitution du sulfate de soude au carbonate. Dès cette époque aussi, on injectait, à intervalles, plusieurs litres de sérum artificiel dans les veines des cholériques, et on assistait à ces résurrections momentanées qui font l'admiration de tout le monde. On attribuait aussi les guérisons d'un certain nombre de cas désespérés aux effets de la transfusion de sérum artificiel.

Eu comparant les résultats obtenus en 1832 et en 1892, il faut avouer que la transfusion intraveineuse, comme traitement du choléra, n'a pas fait de grands progrès.

Est-ce là cependant une raison pour abandonner cette méthode, pour ne pas espérer que dans l'avenir elle donnera des résultats plus complets que par le passé ? M. Delpeuch a dit dans une précédente communication : « Je n'ai pas fait pratiquer de transfusion, parce que la statistique des cholériques transfusés ou non transfusés est à peu près la même. » Peut-être mon collègue et ami, M. Delpeuch, changerait-il d'opinion s'il avait vu, maintes fois comme nous, les effets de la transfusion artificielle.

Un enfant cholérique même dans le collapsus peut encore être ranimé par l'injection d'un litre de sérum stérilisé dans la saphène.

Le cholérique gît inerte, les membres flasques, les yeux et la bouche entr'ouverts, les globes oculaires convulsés sous la paupière supérieure, sans pouls, sans la moindre lueur de connaissance. Les battements du cœur seuls et la respiration subsistent.

Au bout de cinq à dix minutes, quand le sérum artificiel a commencé d'entrer dans les voies circulatoires, le pouls redevient perceptible, les yeux s'ouvrent et reprennent une

(1) Voir le précédent numéro.

FEUILLETON

SUR LA CONDITION DES MÉDECINS PRIVÉS A ROME (1).

Par M. Paul Verwaest,
Docteur en droit,
Rédacteur au ministère de l'Instruction publique.

(Suite et fin) (1).

En dehors des médecins de condition servile attachés à la personne d'un maître pour le soigner et des médecins de condition libre qui exerçaient leur art pour leur compte, les affranchis fournissaient à la profession médicale un assez grand nombre de praticiens. Ceux-ci sont intéressants à connaître en raison des *operae* qu'ils pouvaient devoir à leur anciens maîtres. L'affranchi médecin était en effet tenu de donner des soins à ces derniers ou de les seconder dans leur profession au cas où ils exerçaient eux-mêmes la médecine. Le patron pouvait exiger que l'affranchi l'assistât dans ses visites et qu'il n'exerçât pas pour son compte, et cela dans le seul but de se soustraire à sa concurrence et de grossir sa clientèle. Il lui était encore loisible, dans une certaine mesure, de disposer au profit d'un tiers des *operae* qu'il s'était personnellement réservées. Il pouvait, dit le jurisconsulte Julien, faire soigner ses amis par son affranchi-médecin, louer même les services de ce dernier avec ou sans son consentement. La raison en est dans ce que le patron qui a un affranchi-médecin n'a pas un besoin constant de ses soins, surtout s'il exerce lui-même la profession médicale, que, dès lors, le seul moyen pratique pour lui de les utiliser est de les louer à un tiers.

II

Jusqu'à Jules César, les médecins n'eurent à Rome aucune attache avec le gouvernement soit central, soit local. Mais dès

(1) Voir le numéro précédent.

certaine vivacité, les membres commencent de remuer. L'opération est à peine achevée que l'intelligence et la parole sont revenues; le pouls a repris un peu d'ampleur; le petit malade demande à boire, remercie l'opérateur, s'agite même dans son lit quand on fait les sutures et le pansement, alors que l'incision n'a pas été sentie. Il est des patients qui reprennent assez de force pour descendre de leur lit et marcher dans la chambre.

La transfusion intraveineuse dissipe donc presque instantanément le spasme vasculaire périphérique comme le prouve la réapparition du pouls radial. Si la connaissance, la force musculaire reviennent aussi vite, c'est que les centres nerveux, les muscles, sont à nouveau irrigués. La cyanose des extrémités cède le plus souvent après la transfusion chez les cholériques algides, il en est de même de l'anurie. En général, la température se relève un peu.

Sans doute, cette résurrection ne dure que quelques heures dans les cas les plus graves, et l'on est obligé de répéter l'opération pour lutter contre les mêmes accidents qui se sont reproduits. Mais il arrive aussi qu'une seule transfusion est suffisante pour relever le pouls d'une manière permanente et pour faire céder l'algidité et la cyanose. C'est ce que j'ai vu chez un jeune cholérique de 10 ans qui nous fut apporté de la rue du Volga et sur lequel j'ai pratiqué moi-même l'injection intra-veineuse d'un litre de sérum stérilisé. Ainsi la circulation du sang, qui était ralentie ou même suspendue dans les tissus et dans les organes, est rétablie presque instantanément. Est-ce donc là un résultat négligeable? Si nous avions une substance médicamenteuse qui ait une action spécifique contre les poisons cholériques, ne serions-nous pas ainsi dans des conditions satisfaisantes pour faire absorber et agir rapidement le remède que nous pourrions opposer à la maladie?

Un jour viendra peut-être où la transfusion ne sera que le premier temps du traitement du choléra.

Et puis n'est-il pas toujours utile d'avoir un moyen de prolonger la vie, ne serait-ce que de quelques heures, en présence d'accidents aussi formidables et présentant une allure si rapide? N'est-il pas des circonstances où les familles seront très reconnaissantes au médecin de ranimer, et de rendre sa connaissance même pour quelques heures à un malade qui est dans un état cadavérique?

La trachéotomie ne guérit pas tous les enfants atteints de diphtérie laryngée; elle ne donne trop souvent qu'un répit de quelques heures ou de quelques jours, cependant personne ne la repousse.

Voici d'ailleurs la statistique des cas typiques de choléra asiatique relevée à l'hôpital Trousseau du 20 août 1892 au 1er octobre.

Cholériques non transfusés et décédés. 8
Cholérique — — et guéri. 1

La plupart de ces cas ont été observés au début de l'épidémie, lorsque nous n'avions pas commencé de faire les transfusions.

Le traitement a consisté dans la limonade lactique, les opiacés, les boissons alcooliques et gazeuses, les bains chauds, les injections sous-cutanées d'éther et de caféine, etc.

Cholériques transfusés décédés. 12
Cholériques transfusés et guéris. 6

La mortalité dans cette statistique est plus élevée que dans les statistiques antérieurement publiées chez les adultes; mais je n'y ai pas compris les cas légers ou douteux, et l'âge doit aussi entrer en ligne de compte pour les évaluations de ce genre.

La transfusion nous a donc donné 6 guérisons sur 18 enfants cholériques traités par cette méthode.

Cela est peu encourageant, dira-t-on, mais n'oublions pas que presque tous ces petits malades apportés à l'hôpital étaient mourants et je ne doute guère qu'ils seraient tous morts on peu près s'ils n'avaient pas été transfusés.

L'injection de sérum artificiel est donc utile. Peut-elle être quelquefois nuisible? Je n'ai rien observé personnellement qui autorise une pareille supposition. Jamais je n'ai vu d'accidents immédiats imputables à l'opération. Il est de nos malades qui ont eu jusqu'à 5 et 6 litres de sérum stérilisé introduits successivement dans les veines saphènes, médiane céphalique, jugulaire, etc., et qui ont guéri.

J'ai vu un enfant non cholérique de 8 ans qui avait perdu 1 litre 1/2 de sang par hémoptysie et dont le pouls était insensible, ranimé par une transfusion intraveineuse. Il

---

cette époque les choses changèrent, on n'eut plus le même mépris qu'autrefois pour ceux qui exerçaient l'art de guérir. La pratique de la médecine fut même un moyen d'acquérir le titre de citoyen. L'octroi du droit de cité accordé par Jules César fut d'abord restreint aux seuls médecins de Rome. Ceux qui habitaient les provinces restèrent en dehors de cette mesure. Leur profession devint cependant une sorte de recommandation pour acquérir le titre de citoyen. « Il m'a sauvé, il a guéri les miens », écrivait à l'empereur un général, et le protégé obtenait très vite des faveurs qui eussent été refusées à tout autre qu'à lui.

L'esprit qui avait présidé au décret rendu par Jules César en faveur du corps médical de Rome se perpétua après lui. Auguste fit même, d'après le témoignage de Dion Cassius, une situation privilégiée en les dispensant de certaines charges qui pesaient sur les autres citoyens. Cette faveur dut s'étendre sur les médecins de province, puisque Antonin-le-Pieux crut devoir limiter le nombre de ces derniers qui pouvaient être exemptés des charges publiques, ce qui démontra que ces privilèges existaient auparavant et qu'ils avaient une certaine importance puisque cet empereur se vit dans la nécessité de les réduire.

Quant aux médecins privés exerçant à Rome, Antonin ne s'en est pas occupé et il est probable que ceux-ci jouirent des privilèges à eux conférés sous Auguste jusqu'à ce que Rome possédât, comme un grand nombre des villes de provinces, un corps de médecins municipaux. Cette institution ne remonte, en effet, pour les villes de Rome et de Constantinople, qu'au règne des empereurs Valens et Valentinien, en 368.

Les privilèges médicaux furent l'exemption de la tutelle et de la curatelle et probablement d'un certain nombre d'autres impôts, mais cela pendant la période allant d'Auguste à Antonin, car à dater de ce dernier empereur, les médecins ayant une attache officielle paraissent avoir été les seuls à en bénéficier.

Au point de vue des honoraires du médecin, Pline nous

succomba huit jours plus tard à une autre hémoptysie qui, cette fois, fut tout à fait foudroyante. Bien d'autres médecins ont employé l'injection intraveineuse à la suite des hémorrhagies puerpérales et ils n'ont pas signalé non plus d'accidents. Les physiologistes, d'ailleurs, introduisent sans inconvénient de l'eau dans les veines des animaux.

La transfusion de sérum artificiel paraît donc tout au moins être inoffensive, quand elle est pratiquée avec les précautions convenables.

Nous nous sommes servi, à l'hôpital Trousseau, de l'appareil à pression qui est utilisé dans les laboratoires pour les injections microscopiques.

Ce dispositif très simple nous a paru le plus commode. Le bouchon de caoutchouc pourvu de ses tubes et de la soufferie s'adapte directement sur le ballon de sérum stérilisé sortant de l'autoclave.

Un inconvénient des transfusions répétées chez les enfants cholériques est la lenteur avec laquelle se cicatrisent les plaies faites pour mettre à nu les veines avant de les ponctionner avec le trocart. Malgré les précautions antiseptiques les plus rigoureuses, nous n'obtenions pas de réunion par première intention, et après quinze jours et même trois semaines la cicatrisation n'était pas encore complète.

Cette lenteur dans la réparation des tissus se rapporte d'une part aux troubles initiaux de la circulation périphérique au moment où la plaie est faite, et d'autre part à l'infection de l'organisme par les poisons cholériques.

Pour ces raisons, nous pensons qu'il faut être très circonspect dans les tentatives chirurgicales failes pour lutter contre la maladie.

BACTÉRIOLOGIE

SUR LE MICROBE DU BÉRIBIRI (1),

Par MM. les Drs JOSEPH MUSSO et J.-B. MORELLI.

Nous avons examiné le sang de 3 malades, dont 3 à Montévidéo et 8 à Rio-de-Janeiro. Dans tous les cas, le sang recueilli avec les précautions les plus rigoureuses étant semé dans des tubes de culture contenant du bouillon Lœffler, agar, gélatine et sérum coagulé, a donné lieu au développement d'un même microbe. Ce microbe a été aussi retrouvé à l'examen microscopique du sang de 2 malades du lazaret de l'île de Flores, et à l'autopsie de 2 malades décédés dans le même lazaret, autopsies faites dix et dix-sept heures respectivement après la mort. Les tubes semés avec le sang, le liquide ascitique, l'œdème sous-cutané, les nerfs périphériques, la moelle (1 fois sur 5) ont donné un résultat positif. Les tubes semés avec le foie (3) et la rate (2) sont demeurés stériles.

C'est un microcoque de dimensions assez variables (de 0.8 μ à 2.40), réuni en diplocoques, en tétraèdes, en chapelets réguliers (staphylocoques) et irréguliers. Il se colore bien surtout avec le liquide de Ziehl, mais aussi par la méthode de Gram et, quoique moins bien, par la méthode de Weigert. Quand il est coloré par le Ziehl, on voit qu'il n'est pas homogène, mais qu'il contient des corpuscules réguliers en nombre de 1 ou 2, sphériques ou réniformes, qui retiennent avec ténacité la fuchsine. Il y a aussi une épaisse matière intercellulaire.

Les colonies de ce microbe sur plaques, après un séjour de quarante-huit heures à l'étuve chauffée à 22 degrés, sont rondes, jaunâtres, granuleuses, entourées d'un liséré de gélatine ramollie. La culture par piqûre dans la gélatine se développe sous forme de colonies isolées, rondes, jaunâtres qui commencent à liquéfier le milieu en commençant par la surface. Cette liquéfaction progresse avec rapidité variable et peut s'arrêter au tiers supérieur du tube. Il se dépose en bas un précipité cohérent couleur jaune serin, qui, par l'agitation, se divise en gros flocons poisseux. Dans les premiers jours il y a sur la surface un anneau adhérent aux parois, lequel, au bout de quelques jours, se réunit au dépôt du fond, laissant le liquide qui surnage complètement, transparent. La culture dans du bouillon de Lœffler offre l'apparence de la culture sur gélatine, lorsque celle-ci a été liquéfiée.

La culture par strie sur agar simple se développe sous forme de colonies cohérentes, qui se sondent en un enduit porcelainé, à demi transparent, se développant assez en

(1) Travail du laboratoire de bactériologie de la Faculté de médecine de Montévido.

---

donne une triste idée des praticiens de son temps par le tableau qu'il nous fait de leur rapacité : *neque enim pudor* dit-il, *sed æmuli pretia submittunt*. Il cite un certain Alcoute, chirurgien banni de Rome par l'empereur Claude, qui lui confisqua dix millions de sesterces et qui, revenu d'exil, regagna en peu d'années tout ce qu'il avait perdu. Certains médecins comme Cassios, Calpetanos, Arruntios et d'autres recevaient des empereurs cinquante mille sesterces par an ; l'un d'entre eux, Stertinius, faisait même valoir combien il était désintéressé en se contentant de cette somme puisque ses visites dans Rome lui en rapportaient six cent mille. Le frère de ce Stertinius reçut, paraît-il, la même somme de l'empereur Claude. Tous deux, malgré les dépenses considérables qu'ils avaient faites pour l'embellissement de Naples, laissèrent à leur mort une succession de trente millions de sesterces. « Il est probable que Pline, dans sa haine des médecins, dit M. Werwaest force un peu les chiffres ou tout au moins qu'il passe trop volontiers du particulier au général, attribuant à tous les médecins de son temps une fortune à laquelle devaient prétendre ceux que l'on appellerait aujourd'hui les princes de la science. »

Quoi qu'il en soit de leur quantum, il est certain que le médecin avait, à Rome, droit à des honoraires. C'était au préteur ou au président en province à apprécier le montant de la demande en prenant pour base la notoriété du médecin, le nombre de visites faites, la nature de la maladie, le rang et la fortune du malade et enfin les usages reçus en pareille matière. Sa mission était d'ailleurs simplifiée dans l'hypothèse où les honoraires se trouvaient avoir été fixés à l'année, comme cela avait lieu pour les médecins auxquels Pline faisait allusion.

Quant aux honoraires dus à un *servus medicus*, comme la personne de celui-ci était à l'entière discrétion du maître, c'est à ce dernier qu'appartenait la créance née contre le malade qui avait reçu des soins. Les médecins étrangers avaient droit d'honoraires, qu'ils pouvaient faire reconnaître en justice au cas où il leur était contesté.

largeur, de couleur blanche tirant au crème et au jaune serin dans les parties déclives du tube et dans les cultures anciennes.

La culture par piqûre dans la gélose se présente sous la forme d'une couche qui croît sur la surface sans arriver à toucher les parois; cette couche de couleur blanche ou jaunâtre se couvre, au bout de quelques jours, de petites écailles jaunes, séchées, disséminées.

Sur le sérum semé par strie il y a développement de petites colonies blanches à demi transparentes.

Sur pommes de terre, les stries sont blanc sale au commencement, mais elles se recouvrent bientôt de colonies jaunes dans la partie centrale.

Une température de 60 degrés pendant une heure détruit la vitalité de ce microbe.

Il croît assez péniblement à l'abri de l'oxygène.

Les caractères en sont variables, et l'on peut en distinguer deux types extrêmes reliés d'ailleurs par des types intermédiaires : l'un à microbes petits disposés en groupes réguliers liquéfiait vite la gélatine; l'autre à microbes plus gros liquéfiait lentement et donnait d'emblée sur pommes de terre une culture jaune serin.

L'identité de ces deux types extrêmes est démontrée par l'existence des types intermédiaires entre la première variété et la seconde, par la coexistence des diverses formes dans le même sang (cadavres des béribériques, animaux inoculés) et par la transformation que subit la seconde variété dans la première par l'inoculation au lapin, animal sensible, et le changement inverse produit par l'inoculation au chien, qui est presque réfractaire.

Par l'inoculation aux animaux, nous avons établi que la virulence du microbe est d'autant plus notable qu'il liquéfie plus rapidement la gélatine.

Les inoculations ont été faites en divers endroits : tissu cellulaire péri-nerveux (1 lapin), tissu cellulaire sous-cutané (14 lapins, 6 cobayes et 3 chiens), veines (2 lapins), méninges cérébrales (4 lapins, 2 chiens).

La quantité de culture en bouillon injectée a varié suivant l'animal et l'endroit de l'inoculation. Dans les veines et les méninges des lapins et des petits chiens on inoculait 1/2 à 2/3 de centimètre cube, dans le tissu cellulaire des lapins 1 à 2 centimètres cubes.

Dans ce dernier cas, on répétait quelquefois l'inoculation une ou deux fois de manière à injecter 3 à 4 centimètres cubes par doses de 1 centimètre cube, espacées de 10 à 15 jours.

Les résultats ont été les suivants : tandis que le lapin et le cobaye sont assez sensibles à ce microbe, le chien s'est montré d'autant plus résistant qu'il est plus âgé, la mort ne survenant en lui qu'exceptionnellement. Cependant, si l'on tue ces chiens un ou deux mois après l'inoculation, on peut trouver des lésions de névrite en voie de régénération avec beaucoup de fibres jeunes, et aussi le microbe inoculé.

Le lapin s'est montré toujours plus sensible que le cobaye, comme on peut le voir par le tableau qui est à la fin de cette note.

Les symptômes offerts par les animaux inoculés consistaient dans une apathie avec parésie des extrémités postérieures, chute des poils et gonflement de l'abdomen. La mort arrivait dans un laps de temps qui a oscillé entre quarante jours et quatre mois, écarts qui tiennent sans doute à la différence des doses et de la virulence des microbes inoculés.

A l'autopsie, on trouve trois lésions dominantes, qui se retrouvent chez l'homme béribérique : l'ascite, l'hydropéricardie et la névrite dégénérative. Le liquide qu'on trouve dans l'abdomen et dans le péricarde est fortement albumineux et salé, caractère qu'offrent les exsudats de l'homme béribérique.

La névrite est plus accentuée dans les petits filets nerveux que dans les gros troncs et se localise de préférence aux extrémités postérieures. Cette névrite que nous étudions actuellement est surtout périaxile.

Comme lésions accessoires, quoique fréquentes, on note une distension énorme de la vessie qui peut contenir, chez le lapin, jusqu'à 45 centimètres cubes d'urine (jamais albumineuse) et des hémorragies à la base des poumons.

Nous n'avons jamais trouvé l'œdème sous-cutané. Quelquefois il y avait un peu d'œdème dans le tissu cellulaire qui entoure les paquets vasculo-nerveux.

La responsabilité médicale n'était pas un vain mot pour les médecins de Rome. Ils l'encouraient tantôt civilement, tantôt pénalement pour les fautes commises dans l'exercice de leur profession. La loi Aquila punissant le *damnum injuria datum* atteignait le médecin toutes les fois qu'on pouvait lui reprocher la mort d'un esclave, la blessure ou la maladie de celui-ci. Tous ces faits rentrant dans la catégorie des *criminia* étaient punis par les lois *Cornelia de sicariis et veneficis et Pompeia de parricidiis*. D'ailleurs, ces lois ne contenaient aucune disposition spéciale à ceux qui exerçaient l'art médical; elles étaient applicables à toute personne quelle que fût sa profession, ayant commis l'acte criminel qu'elles avaient pour but de réprimer.

En dehors de la responsabilité civile ou pénale qu'ils encouraient, il n'apparaît pas que, les médecins à Rome aient été tenus à aucune obligation particulière en raison de la profession qu'ils exerçaient. Ni les grands travaux de l'édilité accomplis en vue de l'assainissement de Rome, ni les procès portés devant la justice ne provoquèrent leur intervention. Au point de vue médico-légal, M. Jacquey croit pouvoir conjecturer le contraire en s'appuyant sur un texte d'Aulu-Gelle cité dans les *Nuits attiques* où il est dit que l'empereur Adrien, ayant à déterminer la durée possible de la grossesse ne voulut en fixer les délais que *requisitis medicorum sententiis*. « Mais, comme le fait remarquer M. Jacquey lui-même, dit M. Werwaest, il serait téméraire de donner à l'expression *requisitis*, employée par Aulu-Gelle le sens actuel de notre mot français *requérir*. Que l'empereur ait voulu, avant de prendre une décision, connaître l'avis des gens de l'art, il n'y avait là rien que de très naturel, mais avait-il les moyens, en cas de refus de leur part, de s'assurer ce concours? c'est ce dont il est permis de douter. »

Ch. Amat.

Quelle que fût la voie d'inoculation du virus, nous n'avons jamais obtenu de réaction locale.

La coloration et surtout la culture nous ont fait retrouver le microbe inoculé dans le sang, les nerfs, le liquide de l'ascite, et quelquefois dans la moelle.

A côté du microbe inoculé nous avons trouvé quelquefois des bacilles et des coccus étrangers que nous avons pu identifier avec quelques espèces vulgaires de la bouche et de l'intestin, par exemple : les bacillus *g* et *i* de Vignal et le bacterium coli commune; fait à rapprocher de ce qui arrive chez l'homme où nous avons trouvé, à côté du microcoque spécifique, d'autres espèces, c'est-à-dire : le bacillus mesentericus vulgatus, le bacillus mesentericus ruber, le staphylococcus pyogènes albus et aureus, le streptococcus pyogènes et un petit streptocoque très intéressant que nous étudions à présent et qui semble favoriser singulièrement la production de la maladie expérimentale quand on l'associe au microbe spécifique, quoiqu'il soit incapable seul de causer les lésions bérihériques.

Nous croyons que les bacilles qu'on retrouve chez les bériberiques (malades et cadavres) sont les mêmes signalés par Lacerda, Ogata et Eykmann, comme agents étiologiques du béribéri.

Les infections bactériennes secondaires qu'on observe dans le béribéri spontané et expérimental sont vraisemblablement dues à la diminution de la phagocytose normale des muqueuses par le fait de la névrite périphérique.

Nous poursuivons ces études, et nous tiendrons la Société de Biologie au courant de nos recherches (1).

Tableau résumant nos dernières expériences.

Lapin I. — Microbe très liquéfiant. Première inoculation, 1 cc.; 24 jours après, 1 cc.; 15 jours après, 1 cc. — Mort 43 jours après la première inoculation.

Lapin II. — Microbe très liquéfiant. Première inoculation, 1 cc.; 24 jours après, 1 cc. — Mort 69 jours après la première inoculation.

Lapin III. — Microbe peu liquéfiant. Première inoculation, 1 cc.; 24 jours après, 1 cc. — Mort 73 jours après la première inoculation.

Lapin IV. — Microbe peu liquéfiant. Première inoculation, 2 cc.; 24 jours après, 1 cc.; 15 jours après, 1 cc. — Survit 113 jours après la première inoculation.

Lapin V. — Microbe assez peu liquéfiant. Première inoculation, 1 cc.; 15 jours après, 1 cc.; 14 jours après, 1 cc. — Mort 45 jours après la première inoculation.

Lapin VI. — Microbe assez peu liquéfiant. Première inoculation, 2/3 cc.; dans la veine auriculaire. — Survit 101 jours après la première inoculation.

Lapin VII. — Microbe liquéfiant exalté par passage dans le corps du lapin I. Unique inoculation, 2 cc. — Mort 13 jours après la première inoculation.

Lapin VIII. — Microbe très liquéfiant. Unique inoculation, 1 cc. — Survit 60 jours après la première inoculation.

Cobaye I. — Microbe très liquéfiant. Première inoculation, 1 cc.; 25 jours après, 1 cc.; 17 jours après, 1 cc.; 14 jours après, 1 cc. — Mort 58 jours après la première inoculation.

Cobaye II. — Microbe très liquéfiant. Première inoculation 1 cc.; 25 jours après, 1 cc. — Survit 84 jours après la première inoculation.

Cobaye III. — Microbe peu liquéfiant. Première inoculation, 1 cc.; 25 jours après, 2/3 cc.; 29 jours après, 1 cc. — Mort 95 jours après la première inoculation.

Cobaye IV. — Microbe peu liquéfiant. Première inoculation 1 cc.; 25 jours après, 1 cc.; 29 jours après, 1 cc. — Survit 83 jours après la première inoculation.

Cobaye V. — Microbe peu liquéfiant. Première inoculation, 1 cc.; 21 jours après, 1 cc.; 15 jours après, 1 cc. — Mort 80 jours après la première inoculation.

(1) Ces études étaient à peine achevées, que le courrier d'Italie nous apprenait la douloureuse nouvelle de la mort de mon cher collaborateur et ami le Dr Joseph Musso. Je ferai ce que je pourrai pour achever tout seul ce travail commencé et presque achevé avec la savante collaboration de mon regretté ami le Dr Musso.

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

UN CAS D'ANÉVRYSME INTRA-CRANIEN D'ORIGINE TRAUMATIQUE.

Le fait dont on va lire l'exposé est un exemple d'anévrysme engendré par simple traumatisme, et indépendant de toute affection antérieure du système vasculaire. Les faits similaires sont rares, fort clairsemés dans la science, et présentent, par suite de cette rareté même un intérêt exceptionnel. C'est pourquoi nous avons cru devoir rapporter celui-ci, bien que notre observation soit destinée à rester incomplète, par suite du manque de vérification anatomique. La clinique trouvera peut-être son compte à cette relation qui peut constituer un document utile à consulter pour les pathologistes de l'avenir.

Le nommé Camille M..., âgé de 21 ans, est admis à l'hôpital de la Pitié, salle Rostan, le 3 décembre 1892. Les accidents qui ont motivé son entrée se rattachent à une pleurésie récente, nettement caractérisée, pour le traitement de laquelle on a pratiqué une ponction suivie de l'issue d'environ un litre de sérosité pleurale. Cette inflammation, purement locale, a fini par s'amender, après des alternatives de mieux et d'aggravation, qui toutefois n'ont pas imposé la nécessité d'une nouvelle intervention. Dès le jour de l'entrée de ce malade à la salle Rostan, les symptômes pleurétiques se sont atténués et ont fini par disparaître complètement. Aussi bien notre attention est-elle immédiatement attirée d'un autre côté, vers la face, où l'on constate des phénomènes de la plus grande importance. Le plus apparent est constitué par une exophtalmie extrêmement prononcée de l'œil droit qui est en même temps abaissé et légèrement dévié en dehors. Cet exorbitis est permanent, mais on peut le diminuer momentanément par la compression du globe. Sous l'influence de cette compression l'œil paraît rentrer dans sa cavité, mais cette modification temporaire s'accompagne d'une certaine douleur, et d'une exaspération momentanée des sensations que le malade éprouve habituellement. Les paupières, de ce côté, sont légèrement œdématiées et présentent un écartement moindre que du côté de l'œil sain : de plus la conjonctive est en état de congestion et de vascularisation permanent. La vue paraît être conservée dans toute son intégrité au niveau de cet œil.

En outre de ces phénomènes objectifs, il existe des troubles qui paraissent étroitement liés à la cause de l'exophtalmie, c'est-à-dire à la présence d'une tumeur située en arrière de l'œil, au fond de la cavité orbitaire. En effet, le malade accuse ordinairement des douleurs de tête assez fortes, et une sensation habituelle de batte-

ments intra-craniens qui constitue un symptôme particulièrement pénible par sa fixité et sa permanence. Fait important à relever, ces battements diminuent sensiblement par la compression de la carotide droite ; mais cette modification est toujours momentanée, elle cesse avec la compression elle-même. La pression dans l'angle supéro-interne de l'œil est très douloureuse, elle devient même intolérable quand elle est quelque peu prolongée ; aussi le malade la redoute-t-il particulièrement. Le stéthoscope ou l'oreille appliqué au niveau de la région frontale, immédiatement au-dessus de l'arcade sourcilière, permet d'entendre un souffle intense, un véritable thrill, manifestement synchrone avec le pouls, et qui est dû incontestablement à l'arrivée du sang artériel dans une tumeur placée en arrière de l'œil. Le frémissement paraît diminuer légèrement au moment où l'on comprime la carotide ; c'est lui qui, visiblement, cause les sensations pénibles perçues par le malade, ou plutôt celles-ci sont dûes aux alternatives de réplétion qui sont en rapport avec l'arrivée périodique du sang. De fait, elles avaient diminué pendant quelque temps à la suite de la compression carotidienne systématiquement pratiquée dans un hôpital de province, quelques mois auparavant; mais elles ont reparu ultérieurement avec leur intensité initiale. Le malade accuse même des insomnies dûes à la persistance et à l'intensité de ces sensations auditives, qui constituent pour lui, à vrai dire, le symptôme le plus désagréable, le seul vraiment fâcheux.

Les circonstances dans lesquelles cette lésion s'est développée sont d'ordre purement traumatique. En effet, celle-ci a succédé presque immédiatement à une tentative de suicide, exécutée en février 1891, au cours de laquelle notre malade s'est tiré 4 à 5 coups de revolver dans la bouche. Les coups ont été dirigés de bas en haut et les projectiles ont perforé la voûte palatine. Il y a lieu de croire que les 5 coups n'ont pas tous porté, car le sujet avoue que le revolver était mal chargé, que quelques-unes des balles ont pu tomber dans la gorge et être avalées. Toujours est-il que l'on n'a retrouvé aucun de ces projectiles. Après cette première tentative, ne se sentant pas mortellement atteint, il en a exécuté une autre et a cherché à se loger deux balles dans le cœur. Mais le revolver était mal dirigé, et celles-ci ont glissé le long des côtes, ne produisant qu'une blessure insignifiante. Immédiatement à la suite de ces tentatives, il y a eu perte complète de la vue du côté gauche, c'est-à-dire du côté où l'œil paraît actuellement être à peu près sain. Mais peu de temps après, la vision est revenue partiellement à ce niveau : seulement il s'est déclaré alors une exophtalmie assez prononcée qui n'existe plus maintenant, bien que cet œil paraisse encore très gros, au point que les paupières très écartées l'une de l'autre ne se rapprochent que difficilement. Actuellement la restitution de la vision de ce côté est complète.

Après l'accident le blessé a été transporté à l'Hôtel-Dieu de Lyon, service de M. Poncet, où l'on s'est contenté de traiter les plaies buccales au moyen de gargarismes antiseptiques. Pendant ce temps, des modifications importantes s'opèrent du côté de l'œil droit, où l'on constate de la tuméfaction et de la rougeur des paupières, avec injection du globe. La vision est conservée, mais l'œil est douloureux. La mâchoire est fortement déviée à droite. De plus le malade éprouve des douleurs de tête très violentes.

Ces différents symptômes se sont amendés progressivement, et l'œil gauche en particulier est rentré dans les conditions normales. Mais la céphalalgie droite persiste, revenant par accès extrêmement douloureux, suivis parfois de vomissements et de prostration. Un fait à noter, c'est que cette céphalalgie était sensiblement améliorée par des bains de pied très chauds, fréquemment répétés.

Les battements intra-craniens ont commencé à apparaître environ vers quatre mois après l'accident. Mais ces battements n'étaient encore perçus que par intervalles, dans le silence ou dans l'immobilité. Sans être précisément douloureux, ils ne constituaient pas moins une sensation très pénible. L'exophtalmie droite n'a commencé réellement que quelques mois plus tard, vers le mois de novembre 1891, alors que le blessé faisait son service militaire au 1er régiment de zouaves, dans lequel il s'était engagé. A ce moment la sensation de battement est devenue beaucoup plus marquée, au point de l'empêcher de dormir. Ces différents symptômes motivèrent sa réforme, prononcée par les chirurgiens du régiment auquel le malade avait soigneusement caché son passé et sa récente tentative de suicide.

C'est à ce moment que l'exacerbation des phénomènes oculaires et intra craniens détermina le patient à solliciter son admission à l'Hôtel-Dieu de Lyon. Il fut placé dans le service de M. le Dr Gayet, qui conseilla la compression de la carotide au niveau du cou, une heure et demie par jour pendant un mois environ. Simultanément, on administra une dose quotidienne de 6 gr. d'iodure de potassium. A la suite de ce traitement, les battements diminuèrent beaucoup d'intensité, l'exophtalmie s'arrêta et la vascularisation anormale de l'œil cessa de se développer. Le diagnostic formulé à ce moment fut celui-ci : *anévrysme artério-veineux du sinus caverneux et de la carotide interne droite.*

C'était là, en effet, le diagnostic le plus probable, et c'est celui que nous avons accepté nous-même après l'examen réitéré du malade. Actuellement on ne pourrait guère discuter que sur la localisation exacte de la tumeur anévrysmale, sur son volume : mais cette discussion aurait une médiocre importance, comme celle que l'on pourrait soulever à propos des troubles constatés au début du côté de l'œil gauche, qui a repris ultérieurement toute son intégrité. La question la plus importante ici, en dehors du pronostic, est celle qui est relative au traitement. Des essais d'intervention simplement palliative qui ont été pratiqués jusqu'à présent n'ont donné et ne pouvaient donner que des résultats purement temporaires. On ne pourrait guère concevoir ici de guérison en dehors d'une opération, savoir la ligature de la carotide primitive qui fournit l'apport du sang à la tumeur anévrysmale. Mais une pareille opération comporte par elle-même trop de dangers, et trop d'aléas au point de vue de l'irrigation circulatoire des parties intra-craniennes et des centres nerveux. Quant à l'influence curatrice de l'iodure de potassium, si vanté dans le traitement des anévrysmes en général, elle peut dans ce cas particulier être considérée à l'avance comme nulle, attendu que nous avons affaire à une lésion d'origine exclusivement traumatique, dans l'explication de laquelle il serait vraiment oiseux et invraisemblable de faire intervenir une altération préalable des parois artérielles. De fait nous avons écarté délibérément et de prime abord ce médicament, comme absolument inutile, nous nous sommes contenté de la

compression périodique de l'artère carotide, exécutée par le malade lui-même et grâce à laquelle il se produit toujours un soulagement marqué, sinon durable.

P. MUSELIER.

BULLETIN

Académie de médecine : Du traitement de l'éclampsie puerpérale. — De la symphyséotomie destinée à faciliter l'ablation des néoplasmes vésicaux.
Société de chirurgie : Trépanation suivie de guérison pour un abcès intra-cérébral consécutif à une otite suppurée.
Société de dermatologie et syphiligraphie : Syphilis familiale.

M. Charpentier a terminé la lecture, devant l'Académie de médecine, du mémoire sur le traitement de l'éclampsie puerpérale dont nous avons dit quelques mots dans notre précédent bulletin. Les conclusions pratiques de ce travail, qui abondent en recherches statistiques, peuvent se résumer ainsi :

Traitement préventif de l'éclampsie par le régime lacté et exclusif dès que l'on constate la présence de l'albumine dans l'urine;

Quand l'éclampsie est déclarée, administration du chloral à hautes doses, précédée, si la femme est vigoureuse et fortement cyanosée, d'une saignée de 4 à 500 gr., puis faire prendre du lait aussitôt que possible;

Laisser le travail s'accomplir seul toutes les fois que c'est possible; n'intervenir, pour terminer l'accouchement, que lorsque c'est indispensable, par le forceps, la version, si l'enfant est vivant, la céphalotripsie si l'enfant est mort.

Réserver l'accouchement provoqué pour quelques cas exceptionnels; proscrire absolument l'opération césarienne et l'accouchement forcé.

M. Guéniot, tout en partageant sur ces différents points l'avis de son collègue, a moins de confiance dans les données de la statistique, qui confond souvent des cas très disparates. L'éclampsie comprend deux éléments : une toxémie et une hyperexcitabilité médullaire. Ces deux éléments se combinent, s'associent dans des proportions différentes. Or, nous ne pouvons rien contre la toxémie; nous sommes, au contraire, puissants contre l'hyperexcitabilité. Suivant que l'un des deux éléments prédomine, le cas est donc plus ou moins grave, et malheureusement, il nous est impossible de déterminer par un diagnostic précis le sens de cette prédominance. Tout ce que nous pouvons et que nous devons faire, c'est combattre l'hyperexcitabilité par une anesthésie complète et prolongée avec le chloroforme ou le chloral, en ayant soin d'éviter tout autre moyen, toute intervention capable de provoquer des excitations réflexes.

M. Tarnier tient à insister avant tout sur le traitement préventif de l'éclampsie par la diète lactée absolue, exclusive, prolongée pendant au moins huit jours. On ne saurait donc apporter trop de soins et de rigueur à rechercher l'albumine dans l'urine des femmes enceintes. On ne la trouve pas toujours, bien qu'elle doive exister, ce qui tient à l'insuffisance des réactifs. M. Robin a fait observer qu'on peut ne pas la trouver dans l'urine du matin, dans celle des vingt-quatre heures où elle est trop diluée; mais que, si on fait l'analyse dans les deux ou trois heures qui suivent les principaux repas, on est sûr de la constater, si la femme est réellement albuminurique.

M. Tarnier aborde un second point important, celui du diagnostic différentiel des cas graves où domine la toxémie, et des cas légers, ou tout au moins curables, dans lesquels la toxicité du sang n'est pas un obstacle insurmontable à la guérison. Notre confrère pratique chez les éclamptiques une saignée et inocule le sérum à des lapins. Le degré de toxicité du sérum pour ces animaux donne la mesure de la gravité de l'éclampsie et permet en général de porter un pronostic certain. Par exemple, si la dose mortelle de sérum pour 1 kilogramme de lapin est de 8 grammes, il y a de grandes chances pour que la malade guérisse ; si cette dose est de 3 grmmes, on peut porter le pronostic le plus grave.

M. Tarnier, dans le traitement médical de l'éclampsie, est revenu à la saignée, dans le but de diminuer la quantité de sang intoxiqué dont il cherche ensuite à remplacer le sérum enlevé par du sérum plus dilué, en instituant la diète lactée, et en pratiquant à cet effet, si c'est nécessaire, des injections de lait dans l'estomac par la sonde œsophagienne. Puis il a recours au chloroforme ou au chloral. Il proscrit, comme ses collègues, le traitement chirurgical.

Ce qui ressort de la discussion précédente et qui intéresse au plus haut degré la pratique obstétricale, c'est l'importance du traitement préventif. L'éclampsie, a rappelé M. Tarnier, est mortelle une fois sur quatre. L'*Annuaire statistique de la Ville de Paris*, que nous avons sous les yeux, relève, pour l'année 1890, 36 cas de mort par éclampsie sur 437 décès par suite d'affections puerpérales, ce qui porte le douzième environ, de la totalité de ce décès à l'actif de l'éclampsie. En présence de ces chiffres, de la nocuité du traitement chirurgical et de l'incertitude du traitement médical, le traitement préventif s'impose et doit fixer constamment l'attention du praticien.

— La symphyséotomie ne trouve pas seulement son application en obstétrique : elle peut avec avantage servir de temps préliminaire à une autre opération portant sur les organes abdominaux. M. Albarran a communiqué un cas de ce genre à l'Académie et présenté le malade qu'il a opéré avec succès.

Il s'agit d'un homme de 30 ans environ, opéré une première fois par M. Guyon pour un épithélioma de la vessie. Le savant professeur enleva le néoplasme par la taille hypogastrique. Moins de deux ans après, récidive locale, l'état général demeurant satisfaisant. Au mois de septembre dernier, M. Albarran se décide à pratiquer une nouvelle opération. Incision en Y des parties molles, symphyséotomie, permettant entre les deux pubis, un écartement de 42 millimètres. La face antérieure de la vessie est ainsi largement mise à nu. L'opérateur enlève un segment de cet organe de 6 centimètres sur 4, comprenant toute l'épaisseur de la paroi. La plaie vésicale est fermée, une sonde laissée à demeure, le malade placé pendant dix-sept jours dans une gouttière de Bonnet. Une petite fistule sous-pubienne survient le dix-huitième jour et se referme d'elle-même. La cicatrisation et la consolidation se font rapidement. Aujourd'hui le malade marche sans la moindre gêne et peut retenir ses urines pendant plus de trois heures. La santé est parfaite.

C'est là un des premiers cas de succès de cette opération, peut-être le premier avec présentation de malade. Il sera intéressant d'en suivre les résultats éloignés.

— La *Revue générale* contient, dans son dernier numéro,

analyse d'un travail de MM. Picqué et Février dans lequel ces auteurs émettent la proposition que plus de la moitié des abcès intra-craniens relèvent d'une origine otique. Un fait communiqué par M. Terrillon à la Société de chirurgie vient à l'appui de cette proposition.

Un homme de 46 ans, à la suite d'une grippe intense en 1880, est pris d'otite purulente. Pendant cinq ans du pus ne cesse de s'écouler en quantité variable, par l'oreille. En 1885, fièvre et symptômes généraux rappelant ceux du début de l'otite. On les attribue à la présence de polypes dont on fait l'ablation. L'écoulement purulent continue. Cinq ans plus tard, en 1890, apparition de douleurs temporales très vives, avec exacerbations la nuit, tournoiement et tendance à la syncope. A la suite d'une de ces crises douloureuses, fièvre intense, puis coma. M. Terrillon applique une couronne de trépan au-dessus et en avant du conduit auditif externe, incise la dure-mère, qui est saine, fait dans le cerveau une première ponction aspiratrice qui n'amène rien, plonge l'aiguille dans une autre direction, en arrière, et donne issue à une trentaine de grammes de pus jaune verdâtre. Une seconde couronne de trépan est pratiquée en arrière de la première; le pont osseux est réséqué et l'abcès cérébral largement incisé, puis traité comme d'ordinaire. Résultats : chute rapide de la température, persistance du coma pendant trois jours; à la fin de la première semaine, contracture transitoire du côté gauche; possibilité pour le malade de se lever au 15e jour; cicatrisation de la plaie au 25e; convalescence de trois mois; persistance de la suppuration de l'oreille. Suivant la remarque de M. Championnière, cette persistance de la suppuration constitue un point noir dans l'observation de cet intéressant malade; elle peut, en effet, devenir le point de départ de nouveaux accidents.

— La transmission de la syphilis de la mère ou de la nourrice au nourrisson et réciproquement, bien que l'attention soit éveillée sur ce point, est encore fréquente.

Deux faits de ce genre ont été communiqués à la *Société française de dermatologie et de syphiligraphie*, l'un par M. Feulard, l'autre par M. Hudelo.

Dans le premier il s'agit d'une petite fille de dix-huit mois, que M. Feulard a présentée à la Société, et qui porte des lésions de syphilis secondaire. La trace d'un chancre à la lèvre supérieure et l'engorgement des ganglions sous-maxillaires indiquent la porte d'entrée de l'infection. D'autre part en examinant la mère, atteinte aussi de syphilis secondaire, on constate sur l'aréole du sein droit une cicatrice suspecte, et, dans l'aisselle droite, un ganglion de la grosseur d'un marron. Ainsi la mère a contracté la syphilis par le sein et l'a transmise à l'enfant par l'allaitement. Mais de qui tient-elle elle-même l'infection ? D'un autre enfant, qu'elle a allaité pendant deux mois et qui, dit-elle, était couvert de boutons. On a en vain recherché cet enfant ainsi que ses parents.

Dans le second fait, tout s'est passé en famille, et le terme de *syphilis familiale* donné pour titre à sa communication, par M. Hudelo, est parfaitement approprié. La malade, qu'il présente à la Société de dermatologie et syphiligraphie, a contracté trois chancres indurés au sein droit. Elle a été contaminée par sa petite fille, atteinte d'un chancre induré à la lèvre supérieure; celle-ci, à son tour, tenait la syphilis d'une sœur de sa mère qui, au sortir de l'hôpital, était venue habiter avec elle, et présentait des lésions secondaires. La transmission de la maladie de l'une à l'autre de ces trois personnes se comprend facilement.

Nous avons reproduit ces deux faits parce qu'ils montrent combien il y a loin de la théorie à la pratique, quand il s'agit de la prophylaxie des maladies transmissibles. Sans doute, on aura quelque peine à instruire les nourrices des dangers qu'elles courent à allaiter un enfant, le premier venu, sans s'assurer au préalable qu'il n'est atteint d'aucune maladie contagieuse. Cependant, avec le bon vouloir des médecins, des sages-femmes et le concours de l'administration, il ne faut pas désespérer d'atteindre ce résultat. Mais que penser, que dire en présence d'une malade hospitalisée à qui l'on signe son exeat quand elle porte encore des lésions spécifiques transmissibles ? Ici on était tout-puissant pour prévenir de nouveaux cas de contagion, du fait de la malade, et c'est par suite de la négligence ou de l'oubli des mesures prophylactiques les plus élémentaires, que l'infection de deux personnes a eu lieu. A une époque où, dans un intérêt vraiment social et humanitaire, l'hygiène publique prend de plus en plus de crédit et d'autorité, il importe que ceux qui ont mission ou occasion d'appliquer ses principes ou ses règles, aient conscience de leur responsabilité et ne transigent pas avec leurs devoirs.

Dr F. de Ranse.

VARIÉTÉS

LA MANIE OPÉRATOIRE ET LES ABUS DE LA GYNÉCOLOGIE CHIRURGICALE.

L'article suivant sera lu certainement avec le plus grand intérêt, et nous adressons nos remerciements au *New York Herald*, qui a bien voulu nous le communiquer. En France, comme en Amérique, il s'est fait une réaction contre certaines hardiesses chirurgicales que ne sauraient justifier les succès opératoires dus à l'antisepsie et, parmi nos chirurgiens gynécologues les plus estimés, nous en connaissons plus d'un qui condamnent hautement les abus dont il s'agit. L'enquête entreprise par le *New-York Herald*, dont nous donnerons la suite dans notre prochain numéro, nous fait connaître l'opinion des principaux chirurgiens américains; nos chirurgiens français trouveront là certainement des idées, des opinions, des appréciations bonnes à méditer.

Le *New-York Herald*, dans une de ses dernières chroniques médicales, a publié un article qui a causé, en Amérique, une véritable effervescence, et dont le public ne s'est pas moins ému que le monde scientifique.

Cet article, tout en reconnaissant les progrès indéniables de la chirurgie moderne, discutait la question de savoir si ces progrès avaient toujours été utilisés dans l'intérêt des malades, si beaucoup d'opérations inutiles n'étaient pas pratiquées, et si la chirurgie conservatrice ne perdait pas chaque jour du terrain.

Plusieurs chirurgiens français, parmi les plus éminents, MM. Verneuil, Tillaux, Le Fort, etc. s'élèvent à chaque instant contre la *manie opératoire* qui sévit aujourd'hui, contre la chirurgie dite exploratrice qui ne recule pas devant l'ouverture du ventre pour faire un diagnostic, ou devant l'extirpation des ovaires pour guérir une névralgie. Et particulièrement, la chirurgie féminine paraît entrée dans une voie fâcheuse à tous égards; les maladies spéciales aux femmes, qui jadis

étaient du domaine de la médecine, sont monopolisées aujourd'hui par la chirurgie, et l'on se demande vraiment si les malades ont bénéficié de ce changement.

Ces diverses questions soulevées par le *Herald* demandaient à être éclairées, et le plus célèbres chirurgiens américains n'ont pas manqué de donner leur opinion. Et il nous a semblé qu'il y avait intérêt, pour le public et pour les chirurgiens français, à connaître la manière de voir des Américains sur un sujet si palpitant d'actualité. Aussi allons-nous résumer les interviews et les communications auxquelles a donné lieu le premier article du *Herald*.

LE Dr GEORGE F. SHRADY.

Le Dr George F. Shrady, No. 8 East Sixty-sixth-street, s'est exprimé de la façon suivante :

« En matière de chirurgie, je suis conservateur et je crois que le chirurgien devrait fréquemment hésiter un instant et se demander, non pas si une opération peut être menée à bout avec succès, mais si réellement il est nécessaire que le malade la subisse. Cependant, « lorsqu'il n'est pas permis d'avoir de « doute sur la nécessité d'une intervention, » le chirurgien n'a qu'à s'armer de toute son habileté et à la faire le mieux qu'il pourra.

« On ne peut pas nier que beaucoup de chirurgiens soient devenus tellement hardis dans leurs interventions qu'ils se sont avancés beaucoup trop loin. La chirurgie a fait plus de progrès aux Etats-Unis que dans n'importe quel autre pays, y compris la France, et il arrive que nos chirurgiens deviennent téméraires, emportés qu'ils sont par le prurit de faire une opération difficile ; ceci ne veut pas dire que le même excès ne se constate pas en Europe, où les chirurgiens convaincus abondent également.

« TRAITEMENT CHIRURGICAL DU CHOLÉRA ! ! !

« Ainsi, je n'aurais qu'à vous citer un article dont un extrait a paru récemment dans un journal médical américain et dans lequel on décrit le traitement chirurgical du choléra ! On a soigné de cette façon deux malades, qui ont succombé tous les deux. Personnellement je considère cette intervention comme criminelle. Le chirurgien qui a imaginé cette nouvelle méthode est un Belge, le Dr L..., et il en a été tellement enchanté qu'il s'est empressé de la publier dans un journal médical français.

« Il a procédé de la façon suivante :

1° Ouverture du ventre (sans quoi on n'est pas chirurgien) ;

2° Fixation d'une anse intestinale à la paroi abdominale ;

3° Ouverture de l'intestin ;

4° Introduction d'un tube en caoutchouc ;

5° Irrigation de la cavité intestinale en amont et en aval avec une solution de sublimé. L'opération terminée, on administra du café et de l'essence de menthe.

« La température cependant, ne tarda pas à s'élever, le pouls devint imperceptible, les malades cessèrent de vomir et d'aller à la selle, « mais ils moururent ». On décrit, néanmoins, l'opération comme ayant réussi, quoique le temps manquât pour obtenir même la réunion immédiate. Que reste-t-il à entreprendre désormais aux laparotomistes agissant sous la sauvegarde de l'antisepsie ?

« Le chirurgien de nos jours est obligé d'être très au courant des maladies internes, qui étaient tout récemment encore exclusivement du domaine des médecins ; il s'ensuit donc que les meilleurs chirurgiens sont ceux qui, avant de le devenir, faisaient de la clientèle générale. Il semble qu'il n'y ait rien à présent de trop difficile pour la main du chirurgien, et lorsqu'un jugement sûr s'ajoute à un certain degré de dextérité manuelle, un avenir brillant s'ouvre devant lui. »

LE Dr MORRIS H. HENRY.

Répondant à nos questions, le Dr Morris H. Henry, 581 Fifth-avenue, nous dit :

« Il est universellement admis par tous les chirurgiens conservateurs que nous avons été trop loin dans la chirurgie abdominale de la femme, et une réaction contre cet abus est en train d'avoir lieu. Cette réaction est essentielle, non seulement pour le progrès et la renommée de la chirurgie, mais aussi pour le bien-être d'une foule de personnes appartenant aux classes élevées de la société.

« Parmi les grandes opérations chirurgicales, les amputations de membres, l'enlèvement de grosses tumeurs, la ligature des artères principales et l'exploration de la cavité abdominale ou thoracique ne sont pas de date récente, il s'en faut de beaucoup ; elles ne sont proposées, d'ailleurs, que quand on est convaincu qu'une semblable intervention est indispensable à la survie du malade. On a extrait des pierres de la vessie avec autant de dextérité, il y a mille ans, que de notre temps, et les chirurgiens qui nous ont devancés, Sir Henry Cooper, Liston, Abernethy, Syme, Ferguson, Roux, Nélaton, Larrey, Velpeau, Civiale, Dieffenbach, et autres, faisaient toutes nos opérations actuelles, sauf celles qui intéressent la cavité péritonéale. Il est incontestable que le progrès dans cette branche spéciale est dû à Marion Sims, qui était un chirurgien conservateur, mais qui n'hésitait pas à se lancer dans une intervention délicate lorsqu'il y voyait des indications précises. »

LE Dr LOUIS A. SAYRE.

L'opinion du Dr Louis A. Sayre, 285 Fifth-avenue, est la suivante :

« Je ne connais pas, Dieu merci, de chirurgiens de ce genre. Un opérateur qui se respecte n'a recours à une intervention que quand l'intérêt de son malade la réclame, et nous avons tous un profond mépris pour les quelques collègues qui opèrent dans l'espoir que le renom de leurs exploits viendra aux oreilles du public. Tout vrai chirurgien doit opérer quand il y voit des indications nettes, mais il doit se méfier de toute tendance vers l'exagération en pareille matière. »

LE Dr ST. JOHN ROOSA.

A cela le Dr St. John Roosa, 20 East Thirtieth-street, ajoute :

« Tous les chirurgiens raisonnables sont opposés aux interventions faites à la légère. Les opérateurs consciencieux ne prennent pas le bistouri en se disant : Si je n'obtiens pas d'amélioration, au moins je ne ferai pas de mal. Nous croyons que nous mettons la vie d'un de nos malades en danger lorsque nous l'opérons, et je ne traiterais pas en ami un homme qui ferait une opération non autorisée.

« La chirurgie d'aujourd'hui est plus avancée que celle d'il y a trente ans, « mais cela ne justifie pas la chirurgie explo- « ratrice ». La chirurgie allemande est beaucoup moins conservatrice que celle des États-Unis. »

LE Dr A. FRANK BAUER.

Quant au danger encouru dans une opération, le Dr A. Frank

Bauer, City Hospital, Cincinnati, croit qu'il est « inutile de cacher le fait « qu'une opération chirurgicale est toujours « hasardeuse », malgré les précautions prises et les soins dont sont entourés de nos jours les malades. La chirurgie actuelle est aussi différente que possible de celle d'il y a quatre-vingts ans. A cette époque un médecin descendait de cheval, entrait dans une maison, enlevait une jambe, et repartait, sans même se donner la peine de se laver les mains. Le résultat fut souvent la pyohémie avec mort consécutive.

« Dans ces derniers temps, nous avons pu faire des laparotomies, mais autrefois une semblable intervention était équivalente à la mort à bref délai. Nous pouvons la faire grâce au soin avec lequel nous nettoyons le champ opératoire, que nous lavons à fond avec une solution antiseptique, tandis que nous stérilisons tout ce dont nous allons nous servir pendant l'opération. Par exemple, non seulement nous nettoyons les instruments dont nous aurons besoin pour l'intervention, mais encore ils sont immergés dans une solution phéniquée pendant l'opération. Les bandages et pansements sont mis à l'abri de l'air et désinfectés. Eh bien, malgré tout cela, on ne peut nier qu'un malade nous passe entre les mains de temps en temps, emporté par les complications que nous avons fait tant d'efforts pour éviter.

« Un autre risque, et bien plus sérieux celui-ci, est le « shock » ; une opération peut être considérée comme un traumatisme accidentel, et son effet sur le système nerveux est très semblable à l'effet d'un grand traumatisme. C'est la cause la plus fréquente de la mort après une opération, et cela nous explique pourquoi nous faisons une amputation le plus tôt possible après un accident pour que le système nerveux n'ait pas à se remettre de deux « shocks » successifs.

« Un des plus sérieux inconvénients du maniement du bistouri consiste en ce qu'une opération est capable de réveiller une diathèse, ou prédisposition morbide, chez l'opéré. La maladie de Bright, et certains désordres du foie et du cerveau, reçoivent un coup de fouet de cette façon, et chaque fois que le malade est buveur il est sûr d'avoir un accès de délire alcoolique qui sera beaucoup plus difficile à traiter qu'un accès ordinaire. »

LE Dr DAVID E. DUDLEY.

Le Dr David E. Dudley, de Cincinnati, s'écrie : « La remarque la plus frappante qu'on puisse faire à ce sujet sera de citer les paroles d'un de nos chirurgiens les plus éminents : « Si le malade est remporté vivant de la table d'opérations, l'intervention a réussi ! ». L'usage des anesthésiques est ce qu'il y a de plus sérieux en fait de risques, beaucoup de malades ne pouvant pas supporter leurs effets. Ce qui démontre que la chirurgie n'est pas encore assez avancée pour pouvoir être abordée avec sûreté, et que rarement nous réussissons avec nos interventions sur le rein. Avec les affections pulmonaires également on risque toujours son malade. Il est incontestable donc que le couteau est dangereux ; mais enfin comment allons-nous nous en passer ? »

LE Dr HENRY D. FRY.

Le Dr Henry D. Fry, de Washington, croit que la discussion sur la chirurgie téméraire « tombe à point et qu'elle aurait même dû être ouverte il y a plusieurs années. On faisait fréquemment, il y a dix ans, des opérations gynécologiques que rien ne justifiait, mais je crois que maintenant on est devenu plus conservateur dans cette branche spéciale et nous avons à notre disposition des moyens de diagnostic plus certains et plus efficaces.

« Il est reconnu de nos jours que la laparotomie exploratrice est une opération justifiable, et alors l'opérateur est en mesure pendant cette intervention de se décider on non à faire une opération visant le mal en lui-même. Je n'admets pas que notre chirurgie actuelle soit trop hardie, mais je croirai volontiers qu'on « fait souvent des opérations pour servir de « réclame », quoique la chose ne soit pas trop fréquente. »

LE Dr JOHN H. MAGRUDER.

Le Dr John H. Magruder, doyen du Medical Department du Georgetown University, estime que le « progrès de la chirurgie est merveilleux, mais qu'il se pourrait bien que certains opérateurs aient abusé de leur pouvoir en faisant des interventions éclatantes. Il croit que la tendance vers la chirurgie à outrance, qui se manifestait il y a quelques années, décroît en ce moment, et que les opérateurs actuels sont des hommes prudents et très intelligents. « Je ne crois pas qu'un chirurgien en renom puisse faire une opération inutile, mais ce « pendant la discussion que vous ouvrez fera beaucoup de « bien. »

LE Dr. GEORGE A PETERS.

Dr. George A. Peters, 45 West Thirty-five-street, chirurgien de l'Hôpital St.-Louis, New York, nous a dit ce qui suit :

« Tout chirurgien doit être conservateur jusqu'à un certain degré, mais celui qui ne suit pas le progrès dans son métier ne peut évidemment pas être très utile à ses malades. Il y a sans doute des opérateurs trop hardis dans ce pays, aussi bien qu'en Europe ; mais aucun chirurgien honorable ne pense plutôt à sa gloire qu'aux intérêts de son malade — en tout cas, je serais désolé de compter un chirurgien pareil parmi mes connaissances. On peut dire que notre profession s'honore de ce qu'elle est formée d'hommes au cœur sensible et dont le but est de soulager la souffrance sans arrière-pensée.

« Il y a du vrai dans la remarque du Dr Morris H. Henry, à savoir, qu'on a été trop loin dans la chirurgie gynécologique ; cependant on ne peut dire cela des chirurgiens vrais, qui sont toujours prudents, et qui n'opèrent qu'en présence d'indications précises. La hardiesse est souvent obligatoire dans une opération, mais elle doit toujours marcher de pair avec la prudence. La témérité est bien différente de la hardiesse.

« On est porté à marcher trop de l'avant parce que beaucoup de jeunes chirurgiens désirent se faire connaître, par exemple, dans la chirurgie abdominale et exploratrice ; cela n'empêche pas qu'à mon avis nous possédons aux États-Unis les meilleurs chirurgiens du monde. La statistique de leurs succès le démontre, et c'est le seul moyen de juger de la valeur d'un chirurgien. Les chirurgiens américains sont supérieurs à leurs confrères allemands et français, parcequ'ils sont plus pratiques et moins visionnaires. »

LE Dr THOMAS EMMETT.

Le Dr Thomas A. Emmett, 89 Madison avenue, an chirurgien Women's Hospital, dit qu'il y a laparotomie et laparotomie. Les détails de chaque cas peuvent différer, et il est bien difficile de dire à l'avance si une opération réussira ou non ; néanmoins les progrès immenses que nous avons faits dans les dix dernières années nous ont permis d'élever la proportion

des réussites à 80 p. 100 environ. Il va sans dire que les jeunes gens qui viennent de quitter l'École font pas mal d'inventions bizarres, mais cela s'arrange à la longue, car, en matière de chirurgie comme ailleurs la témérité ne porte pas loin.

« La chirurgie exploratrice abdominale a sauvé bien des vies qui auraient été sacrifiées autrefois par ignorance; pourquoi alors la proscrire, quand par ce moyen nous rendons de si grands services à nos semblables? On accueille souvent une découverte avec méfiance, quand ce n'est pas avec la plus violente opposition; le vulgaire n'arrive pas facilement à se convaincre qu'une innovation peut lui être profitable. Ainsi lors des premiers emplois de la vapeur, on se moquait des gens qui voulaient faire croire qu'elle pourrait être utilisée dans l'industrie, etc., mais les incrédules ont été forcés de se rendre à l'évidence.

« Il en a été de même avec les différents appareils destinés à économiser la main-d'œuvre. Et maintenant, parce que les chirurgiens, dans leur désir de soulager les misères de leurs semblables, mettent en emploi certains moyens pour arriver à ce but, ceux qui peut-être seront parmi les premiers à en bénéficier ne trouvent rien de mieux que de les décrier. Pourquoi, enfin, ne veut-on pas comprendre que les chirurgiens font tous leurs efforts pour guérir leurs malades et non pas pour les tuer, et que c'est pour cela que se font ces opérations dont le vulgaire, avec son manque d'éducation technique, ne peut être amené à comprendre la nécessité. »

Telles sont les premières réponses faites à l'article du Hérald. Dans le numéro prochain, nous donnerons les avis exprimés par plusieurs autres chirurgiens des États-Unis, de façon à compléter l'enquête.

NOTES ET INFORMATIONS

Séance annuelle de la Société de chirurgie. — La Société de chirurgie a tenu sa séance annuelle mercredi dernier, sous la présidence de M. Chauvel. Après une allocution vivement applaudie du président et le compte rendu des travaux de l'année 1892, par M. Bonilly, secrétaire annuel, M. Charles Monod, secrétaire général, a prononcé l'éloge d'Ulysse Trélat. Nous donnerons, dans notre prochain numéro, des extraits de cet éloge, que l'abondance des matières ne nous permet pas de reproduire aujourd'hui. M. Monod, avec un grand talent et une non moins grande fidélité de pinceau, a su faire revivre Trélat, qui avait été son maître et était resté son ami.

PRIX DÉCERNÉS POUR 1892

PRIX DUVAL (300 francs). — Le prix est décerné à M. le Dr Vigneron (de Marseille).

PRIX LABORIE, 1891-1892 (2.400 francs). — Le prix est partagé comme suit : 1.000 francs à M. le Dr Sieur, médecin-major à Lyon ; 800 francs à M. le Dr Reboul (de Marseille) et 600 francs à M. le Dr Choux, médecin-major à Vincennes.

PRIX PROPOSÉS POUR 1893

PRIX GERDY. — De la cure radicale des hernies ombilicales. — Ce prix n'ayant pas été décerné en 1891, la somme à distribuer en 1893 sera de 4.000 francs.

PRIX DEMARQUAY (700 francs). — Des opérations pratiquées par la voie sacrée. Indications. Résultats. Manuel opératoire.

PRIX LABORIE (1.200 francs).

PRIX DUVAL (300 francs).

PRIX RICORD (300 francs).

Les concours seront clos le 1er novembre 1893.

Conseil municipal de Paris. — Le Conseil municipal vient d'adopter les propositions du rapporteur, M. Dubois, en ce qui a trait aux articles 10 et 11 (Subvention à l'Assistance publique pour divers laboratoires dans les hospices et dans les hôpitaux) du chapitre 20 (Assistance publique). Les allocations suivantes ont été votées : 1° laboratoire du Dr Lancereaux à l'hôpital de la Pitié, 1.500 francs ; 2° laboratoire du Dr Joffroy à l'hospice de la Salpêtrière, 1.500 francs ; 3° laboratoire du Dr Huchard à l'hôpital Bichat, 1.500 francs ; 4° laboratoire du Dr Hallopeau à l'hôpital Saint-Louis, 1.200 francs ; 5° laboratoire du Dr Robin à l'hôpital de la Pitié, 1.800 francs; 6° laboratoire du Dr Kirmisson à l'hospice des Enfants-Assistés, 1.500 francs ; 7° laboratoire du Dr Dujardin-Beaumetz à l'hôpital Cochin, 2.000 francs. — Dépense disjointe du chapitre 20, article 1er : bourses de voyage pour l'étude à l'étranger de la médecine, de la chirurgie et de la pharmacie, 9.000 francs ; amphithéâtre, frais d'études physiologiques, 2.400 francs ; musées des divers établissements, 18.400 fr. ; produits chimiques pour les laboratoires, instruments de laboratoire, 11.000 francs ; instruments de laboratoire, 7.000 francs. — Total, 47.800 francs.

Transport des blessés. — Le roi et la reine d'Italie offrent un prix de 10.000 francs pour le meilleur appareil de transport des blessés. Envoyer les modèles, — au 1/4 d'exécution grandeur naturelle, au moins, — à M. L. Delli Sanaglia, à la Société de la Croix-Rouge, à Rome, avant le 30 juin 1893.

Exposition d'électrothérapie. — La Société française d'électrothérapie organise une exposition annuelle, qui aura lieu le vendredi et le samedi de la semaine de Pâques, en 1893.

Cette exposition, qui sera installée dans le laboratoire de physique de la Faculté de médecine de Paris, comprendra le matériel instrumental utilisé en électrothérapie, ainsi qu'une démonstration des méthodes électriques, planches, schémas, etc.

Le Comité d'organisation est composé de M. le professeur Gariel, de MM. les Drs Tripier, Gautier, Vogt et de M. Gaiffe, constructeur.

Les médecins et constructeurs sont priés de s'adresser, dès maintenant, à M. le Dr Vogt, 28, rue Saint-Lazare, Paris.

Hygiène des ouvrières. — La municipalité de Reims aura à décerner, en décembre 1893, un prix fondé par Mme Doyen-Doublée, morte récemment, qui a laissé, par testament, une somme de 1.000 francs destinée à récompenser l'auteur, — qui doit être femme et laïque, — du meilleur traité sur l'alimentation dans les classes ouvrières des villes.

L'inauguration de l'hôtel des Etudiants à Bordeaux. — Des fêtes universitaires seront organisées à Bordeaux pendant trois jours à l'occasion de l'inauguration de l'hôtel des étudiants, les 26, 27 et 28 février.

M. Liard a promis de venir à Bordeaux présider aux banquets et aux réunions qui auront lieu à cette occasion. Il y aura soirée concert au cercle, grand banquet de 700 converts au Palais de Flore, excursion nautique en Gironde offerte aux délégués des sociétés d'étudiants françaises et étrangères venues pour les fêtes, enfin le grand bal des étudiants, qui sera encore plus animé et plus suivi que de coutume, clôturera ces fêtes universitaires.

NOUVELLES

Nécrologie. — M. Horteloup (Paul), né à Paris, le 17 septembre 1837, externe des hôpitaux de la promotion de 1859, docteur en médecine en 1865, avait été nommé chirurgien des hôpitaux en 1868. Il est l'auteur d'une bonne thèse *Sur la sclérodermie* et de travaux intéressants sur les complications de la syphilis, la blennorrhagie, etc. Membre du Conseil de surveillance de l'Assistance publique, ancien secrétaire général de la Société de chirurgie, il a rédigé des rapports très consciencieux sur la profession, l'hygiène hospitalière, etc., et des éloges remarquables sur les célébrités chirurgicales de notre temps. M. Horteloup était justement estimé de tous ses confrères; il est mort ces jours derniers, dans le Midi, à Cannes, où le retenait une longue maladie. A. D.

M. Desnos (Louis-Joseph), né le 21 septembre 1828, était interne de la promotion de 1851. Lauréat de la Faculté, reçu docteur en 1855, il fut nommé médecin des hôpitaux en 1865 et membre de l'Académie de médecine en 1892. Bon clinicien, très laborieux, il est l'auteur d'une centaine de mémoires, quelques-uns sur des cas rares, un certain nombre sur la valeur thérapeutique des médicaments nouveaux. Secrétaire général de la Société médicale des hôpitaux, pendant de longues années, notre excellent confrère était bien sympathique à tous ceux qui se trouvaient en rapport avec lui. Il est mort subitement à Paris, le 12 courant et c'est sur son désir, que ses obsèques ont eu lieu avec une grande simplicité. A. D.

Faculté de médecine de Paris. — Le Conseil de la Faculté de médecine s'est réuni jeudi dernier. M. Brouardel étant soumis, cette année, au renouvellement triennal du décanat, il a procédé à un vote pour arrêter la liste de présentation. Cette liste a été fixée ainsi qu'il suit: en première ligne, M. Brouardel; en seconde ligne, M. Grancher.

Puis le Conseil a fixé de la manière suivante la liste de présentation pour la chaire de médecine opératoire, vacante par suite du départ de M. Tillaux, nommé professeur de clinique chirurgicale à l'hôpital de la Pitié: en première ligne, M. Terrier; en seconde ligne, M. P. Berger; en troisième ligne, M. Terrillon.

Assistance publique. — HOPITAUX DE PARIS. Un concours pour la nomination à 3 places de médecin au Bureau central d'admission dans les hôpitaux et hospices de Paris, sera ouvert le lundi, 27 février 1893 à midi. Le registre d'inscription sera ouvert le 1er février 1893, et sera clos définitivement le lundi 13 du même mois à 3 heures.

Le concours pour l'internat en pharmacie des hôpitaux de Paris s'ouvrira le jeudi 16 mars 1893, à 2 heures précises, 47, quai de la Tournelle.

Le registre d'inscriptions, ouvert le mercredi 1er février, sera clos le mardi 28 du même mois.

Association française pour l'avancement des sciences, *fusionnée avec l'Association scientifique de France*. Les conférences auront lieu au siège de l'Association, 28, rue Serpente et 14, rue des Poitevins (hôtel des Sociétés savantes), les samedis, à 8 heures 1/2 très précises du soir.

Samedi, 21 janvier. — M. Jean Dybowski, explorateur. L'influence française en Afrique centrale (avec projections).

Samedi, 28 janvier. — M. Augé de Lassus: Le jardin des plantes, ses origines. Jardin du roi et muséum (avec projections).

Samedi, 4 février. — M. le Dr Léon Petit: Tuberculose et mariage.

Samedi, 11 février. — M. J. Thoulet, professeur à la Faculté des sciences de Nancy. Les courants de la mer et le Gulf stream (avec projections).

Hôpital Saint-Louis. — SERVICE DE M. LE Dr RICHELOT. M. Richelot commencera ses leçons cliniques le mercredi 8 février 1893, à 9 heures et demie, et les continuera les mercredis suivants:

A partir du 1er février, les travaux du service seront organisés comme il suit:

Lundi. — Opérations à l'amphithéâtre. — Consultation externe.
Mardi. — Examen des malades par les élèves. — Consultation du spéculum (salle Denonvilliers).
Mercredi. — Leçon clinique à l'amphithéâtre. — Opérations.
Jeudi. — Opérations abdominales (Chalet).
Vendredi. — Opérations à l'amphithéâtre. — Consultation externe.
Samedi. — Opérations abdominales (Chalet).

Hôpital de la Pitié. — M. Albert Robin. — Semestre d'hiver, vendredi à 9 h. 1/2. — *Leçons sur la Pathologie fonctionnelle de l'estomac*. — Mercredi: Examen des malades entrant à la clinique thérapeutique. — Lundi et samedi: Conférences cliniques par des candidats au Bureau central.

— M. le Dr Desnos, ancien interne des hôpitaux, fera à sa clinique, 15, rue Malebranche, un cours public et gratuit sur les maladies des voies urinaires qui sera complet en 15 leçons. Il le commencera le lundi 23 janvier à 4 heures et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants à la même heure.

Chemins de fer de Paris-Lyon-Méditerranée. — Courses de Nice les 16, 19, 22 et 24 janvier 1893; — Carnaval de Nice, du 2 au 14 février 1893; — Régates internationales les 8 et 9 avril 1893; — Vacances de Pâques; — Tir au pigeons de Monaco. — Billets d'aller et retour de 1re classe pour Nice et Menton. Validité: 20 jours, y compris le jour de l'émission, avec facilité de prolongation de deux périodes de dix jours moyennant le paiement, pour chaque période, d'un supplément de 10 p. 100.

Ces billets d'aller et retour seront délivrés immédiatement :
1° Du 12 au 20 janvier 1893 inclusivement;
2° Du 31 janvier au 12 février 1893 inclusivement;
3° Du 23 mars au 6 avril 1893 inclusivement.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Leçons cliniques sur l'encéphalite, données à l'hôpital de Molenbeck-Saint-Jean, par le Dr J. Crocq, professeur à l'Université de Bruxelles, membre de l'Académie royale de médecine de Belgique. — Bruxelles, Lamentin, libraire-éditeur, 1892.

L'Hygiène nouvelle dans la famille, par le Dr A. Cancalon, préface du Dr Dujardin-Beaumetz. — Paris, Société d'éditions scientifiques, rue Antoine-Dubois, 1892.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU 8 AU 15 JANVIER 1893

Fièvre typhoïde, 4. — Variole, 3. — Rougeole, 15. — Scarlatine 3. — Coqueluche, 23. — Diphtérie, croup, 48. — Affections cholériformes, 0. — Phtisie pulmonaire, 224. — Autres tuberculoses, 19. — Tumeurs cancéreuses et autres, 62. — Méningite, 29. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 50. — Paralysie, 11. — Ramollissement cérébral, 11. — Maladies organiques du cœur, 89. — Bronchite aiguë et chronique, 121. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 154. — Gastro-entérite des enfants: Sein, biberon et autres, 40. — Fièvre et péritonite puerpérales, 7. — Autres affections puerpérales, 4. — Débilité congénitale et vices de conformation, 14. — Sénilité, 50. — Suicides et autres morts violentes, 33. — Autres causes de mort, 250. — Causes inconnues, 13. — Total: 1293.

Le Rédacteur en chef et gérant: F. DE RANSE.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame. — *Téléphone*.

64e Année. 8e Série. Tome II — N° 4 — 28 janvier 1893

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Rédacteur en chef : M. le Dr F. DE RANSE

Comité de Rédaction : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN
J. ARNOULD (de Lille), P. FABRE (de Commentry), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon)

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 58, avenue Montaigne (Rond-Point des Champs-Élysées)

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

LEÇONS SUR LA PHYSIOLOGIE ET LA PATHOGÉNIE DE LA DESTRUCTION DU SANG,

Par William Hunter,
M. D. Edin., M. R. C. P. Lond., etc.
Médecin assistant du London Fever Hospital.

Suite (1).

États morbides. — Les pièces que je vous montre actuellement sont des coupes de foie de sujets atteints d'anémie pernicieuse ; la réaction du fer qu'elles donnent est très accusée, et la distribution du pigment dans le globule est absolument caractéristique. Il se trouve situé dans l'intérieur des cellules du foie, mais n'est point distribué d'une façon uniforme dans toutes les cellules du lobule. Il est plus abondant dans celles de la périphérie du lobule, tandis qu'il n'en existe que peu ou point dans les cellules du tiers intérieur du lobule. Ces dernières sont en grande partie graisseuses et sont tout à fait libres de pigment. Le pigment est constitué en granulations de volume parfaitement uniforme, bien que plus considérables que celles que nous avons trouvées dans les cellules hépatiques des pigeons. Il paraît occuper l'axe des travées de ces cellules. Mais après examen soigneux à l'aide de forts grossissements, on voit dans quelques cas qu'il affecte des rapports très intimes avec les capillaires biliaires. Il est situé tout près du bord de la cellule, comme si celle-ci se trouvait en voie de l'excréter dans le canalicule biliaire. Dans nulle autre affection, comme je l'ai déjà démontré ailleurs (1), la quantité de pigment trouvée dans le foie ne dépasse (et elle s'en rapproche très rarement) celle qu'on constate dans l'anémie pernicieuse. Un accroissement considérable du pigment sanguin des cellules hépatiques peut être déterminé expérimentalement par l'injection de certaines substances dans le sang. Je vous montre cette augmentation pour trois animaux, lapin (expérience 42), chien (expérience 64) et pigeon (expérience 72), à la suite d'une injection de toluylendiamine. Vous remarquerez combien abondant est ce pigment, et combien l'aspect de ce foie diffère à ce point de vue du foie de l'animal vivant.

Les conclusions que nous devons établir en ce qui concerne cette partie de notre travail sont les suivantes : 1° que dans le foie le second point où on peut trouver le pigment, en dehors de l'extravasation ou de la congestion, est la cellule hépatique ; 2° la fréquence avec laquelle on l'y retrouve à l'état de santé, et sa quantité, diffèrent pour les oiseaux et les mammifères respectivement. Il existe le plus généralement chez les oiseaux et quelquefois en quantité considérable. Chez les mammifères, d'autre part, il fait défaut le

(1) V. *Gazette médicale*, nos 1 et 2, 1893.

(1) *The Lancet*, 22 et 29 décembre 1888.

FEUILLETON

ÉLOGE D'ULYSSE TRÉLAT,

prononcé par M. Charles Monod à la séance annuelle de la Société de Chirurgie (1).

Ulysse Trélat naquit à Paris, le 13 août 1828 ; son enfance s'écoula durant les premières années si troublées du règne de Louis-Philippe.

Il fit toutes ses études classiques à la pension Fronssard. Il en sortit bachelier en 1844 ; il n'avait que 16 ans.

Il commença aussitôt ses études de médecine. A 21 ans (1849), à la fin de sa seconde année d'externat, il était nommé interne des hôpitaux. Ce ne fut que quatre ans plus tard (1853), qu'il conquit le grade d'aide d'anatomie ; les concurrents étaient nombreux et de valeur, le combat difficile. Dès lors, le succès était certain. Prosecteur en 1856, agrégé de chirurgie en 1857, chirurgien des hôpitaux en 1860, il emportait de haute lutte ces divers postes si enviés, émerveillant ses juges, tant par la précision de ses connaissances que par la forme originale de son exposé.

Sa juste ambition devait le porter plus haut. En juin 1872, à l'âge de 44 ans, la Faculté de médecine lui confiait la chaire de pathologie externe, qu'il échangeait plus tard contre celle de clinique chirurgicale.

Là était sa véritable place. Il n'avait pas attendu, d'ailleurs, sa nomination de professeur pour prendre part à l'enseignement clinique. Tous les ans, dans les divers services dont il fut chargé, à Saint-Antoine, à Saint-Louis, à la Pitié, il se plaisait à faire des conférences à ses élèves.

Qui de nous n'a gardé le souvenir d'un tel maître ? Non qu'il visât à l'éloquence ou qu'il donnât à sa parole aucun apparat. Mais qu'elle clarté d'explosion ! quelle richesse de langage ! Se préoccupant avant tout d'être bien compris, il aimait à re-

(1) Nous regrettons que le défaut d'espace nous oblige à ne donner que des extraits de ce consciencieux et éloquent éloge.

plus souvent, et quand on le trouve, d'après mes expériences, ce n'est jamais qu'en petite quantité ; 3° le pigment présente certaines particularités, surtout en ce qui concerne les dimensions petites et uniformes des granulations, ce qui le distingue nettement du pigment qu'on constate dans les capillaires du foie, pendant l'état de santé ; 4° les circonstances dans lesquelles il se produit diffèrent aussi de celles que nous avons étudiées déjà pour la production du pigment dans les capillaires : (a) le caractère des granulations d'être petites et uniformes est aussi frappant chez les oiseaux dont les globules rouges sont gros et ovales que chez les mammifères, dont les globules sont petits et ronds; (b) il ne subit pas d'augmentation chez les vieux animaux ; on le rencontrera, au contraire, plus probablement chez les jeunes animaux que chez les vieux ; (c) la privation de nourriture et de l'exercice tend plutôt à diminuer ses proportions. Ainsi mes observations démontrent qu'il n'est point accru par la privation de nourriture, pour les animaux ou pendant l'inanition, pour l'homme. Les recherches des Drs Brunton et Delépine prouvent qu'il augmente pendant la digestion chez les animaux (lapins). A tous ces points de vue, par conséquent, les conditions favorisant le dépôt de pigment dans les capillaires et dans les cellules hépatiques respectivement, sont essentiellement différentes; 5° le seul caractère pour lequel il y ait similitude est que, dans les deux cas, il s'est produit une augmentation à la suite d'un état morbide ou comme résultat expérimental de substances venant modifier le sang lui-même. Mais même alors, cependant, il existe une différence, car l'augmentation qui se détermine dans de telles conditions dans les cellules hépatiques est de beaucoup plus considérable que ce que l'on peut observer dans les capillaires. Cela est vrai au moins dans le cas d'états morbides.

LA RATE.

Le second organe dans lequel on trouve le pigment sanguin (indépendamment de l'extravasation ou de la congestion) est la rate.

Rate pendant l'état de santé. Je vous montre des coupes de rates de lapins bien portants, et je vous prie de noter combien peu on y voit de pigment. C'est à peine si une trace de la réaction du fer s'y est développée. Tel est le cas des rates, en général, des jeunes mammifères sains. La proportion de pigment qu'elles contiennent, d'après mes observations, est extrêment minime. Chez les oiseaux, comme vous pouvez le voir dans les coupes que je vous présente, et qui viennent de pigeons et de canards, le pigment est un peu plus abondant. A mesure que l'animal vieillit, sa quantité augmente. J'ai constaté ordinairement dans la rate des chiens, des lapins, des cobayes, soit vieux, soit depuis longtemps maintenus enfermés, une quantité grande, quelquefois considérable, de pigment sanguin. Le pigment est situé dans la pulpe de la rate et est contenu dans l'intérieur de ses cellules. Il se présente sous des aspects variés, tantôt sous forme de grosses granulations, tantôt sous forme de granulations plus petites ; tantôt le pigment est diffus, à l'état soluble très probablement, dans toutes les parties de la cellule. Les grandes cellules spléniques constituent son siège principal ; dans certains cas, elles peuvent en sembler complètement remplies.

Rate pendant l'état morbide. On pourrait supposer que bien peu d'organes de l'économie, y compris même le foie, présentent des conditions aussi favorables que la rate pour l'accumulation de pigment sanguin ; et la pensée vient naturellement que les états morbides fournissent des exemples nombreux d'augmentation du pigment sanguin dans ce viscère. Il n'en est rien cependant, d'après mes observations, et j'ai examiné la rate à ce point de vue dans à peu près toutes les sortes de maladies ; et, abstraction faite de l'âge avancé ou de l'inanition prolongée, et même sans exclure complètement ces conditions, je ne connais guère aucun état, sauf la malaria, où on puisse trouver dans la rate une accumulation de pigment comparable en rien à celle que je vous montre, par exemple, pour le foie dans l'anémie pernicieuse. Une telle augmentation, cependant, peut être déterminée expérimentalement (expérience 1 à 16). Voici maintenant des coupes de rates après transfusion de sang à des lapins ; je vous ferai remarquer la très grande abondance de pigment présente, à tel point que l'aspect général de la pulpe, dans laquelle il se trouve, est transformé. Bien que l'accroissement dans la quantité de pigment soit rarement aussi grand ou aussi net que celui déterminé

---

prendre sous une forme nouvelle l'idée déjà énoncée, jusqu'à la rendre d'une évidence et d'une simplicité telles que le moins attentif ou le plus ignorant en était comme pénétré.

Ah! comme l'on comprenait, en l'écoutant, ce mot de Renan :

« On dit que la langue française est pauvre! ceux qui parlent ainsi montrent bien qu'ils ne le savent pas. » C'était merveille, en effet, de voir sur les lèvres de Trélat les mots se succéder, chacun apportant une clarté nouvelle et semblant mieux approprié à l'objet exprimé. Et cela sans effort apparent, sans recherche : la phrase, tantôt serrée, concise, lapidaire, tantôt se développant en plus longues périodes, toujours correcte et élégante, coulait comme de source. Souvent elle s'éclairait de pittoresques images qui éveillaient ou soutenaient l'attention, et elle avait constamment à son service, pour lui donner plus de relief et de vie, une mimique singulièrement expressive.

Je me reprocherais de ne louer que la forme de ces leçons. Parcourez les deux volumes publiés après sa mort par des élèves dévoués et vous jugerez si jamais enseignement fut plus varié et plus solide. Toutes les questions à l'ordre du jour sont abordées par lui ; sur toutes, il a un avis personnel formulé avec précision. On retrouve, à chaque page, le chirurgien consciencieux, fidèle observateur du malade, fort au courant de tous les progrès de la science moderne, mais remontant volontiers dans le passé, ne fût-ce, comme il le dit quelque part, que pour donner à ses élèves le spectacle instructif « de tous les méandres où la chirurgie s'est égarée avant d'atteindre le but » ; soucieux, enfin, de bien poser les indications opératoires et faisant appel, pour cela, aux ressources d'une intelligence supérieure, d'une expérience déjà longue et de l'instruction la plus étendue.

Rappellerai-je, à cet égard, son heureuse intervention dans la question de la *cure radicale des hernies?* Vous n'avez pas oublié comment, en une formule qui fit fortune, il résumait la ligne de conduite qu'il avait adoptée et qu'il préconisait :

par la transfusion, on peut cependant arriver à le produire dans de certaines proportions à l'aide d'autres moyens expérimentaux. Je vous montre des coupes de rates de chiens (expérience 63) et de lapins (expérience 75), dans lesquelles vous noterez une augmentation très grande de pigment déterminée par l'injection de toluylendiamine et d'acide pyrogallique. Dans ces derniers cas, le pigment se présente beaucoup moins sous la forme de particules, beaucoup plus sous la forme diffuse, que dans les expériences de transfusion. Dans le tissu frais, on a pu constater (expérience 63) que le pigment se trouvait diffusé dans le protoplasma de la cellule ou encore sous forme de granulations extrêmement ténues et d'apparence sphérique ; il n'existait que de rares granulations qui fussent de dimension plus considérable. Il en était de même dans l'expérience 75 ; le pigment se trouvait sous forme diffuse. D'autre part, après la transfusion, une très grande partie du pigment se présente avec l'apparence d'amas considérable et de masses conglomérées, ainsi que le prouvent les coupes que je mets sous vos yeux.

En résumé : 1° la quantité de pigment sanguin qu'on peut trouver dans la rate, à l'état de santé, est sujette à des variations considérables, même chez des animaux d'une même classe. Le pigment est en général plus abondant chez les oiseaux que chez les mammifères ; 2° l'âge plus que tout autre facteur, exerce une influence sur sa proportion. Il est plus abondant dans les rates des animaux âgés ; 3° les variations dues aux maladies sont moins frappantes et moins accusées que pour le foie.

MOELLE ROUGE DES OS.

Un troisième siège où l'on trouve habituellement une certaine quantité de pigment sanguin pendant l'état de santé est la moelle rouge des os. Le pigment se présente sous forme de granulations ténues situées dans l'intérieur des cellules de la moelle. Ses caractères chimiques ne sont point définis. Il arrive fréquemment qu'à l'état de santé il ne se décèle pas à l'aide des réactifs du fer libre. C'est à peine si la moelle fraîche donne une réaction avec le sulfhydrate d'ammoniaque ; tout au plus constate-t-on une légère teinte grisâtre.

Les conditions qui favorisent la présence du pigment dans la moelle sont les mêmes, à mon avis, que pour la rate. Le pigment augmente avec le progrès de l'âge ; chez les vieux animaux et surtout chez les chiens, je l'ai quelquefois trouvé en quantité considérable. Cet accroissement est toujours associé à un phénomène semblable dans la rate. Les relations entre la moelle et la rate, à ce point de vue, sont beaucoup plus intimes qu'entre le foie et la rate.

(*A suivre.*)

THÉRAPEUTIQUE

D'UNE SUBSTANCE DÉRIVÉE DU CHLORAL OU chloralose, ET DE SES EFFETS PHYSIOLOGIQUES ET THÉRAPEUTIQUES.

Par MM. HANRIOT et CH. RICHET.

En cherchant des substances qui soient de nature par, leur dédoublement graduel, à donner lentement du chloral dans l'organisme, nous avons d'abord étudié les chloralides, et en particulier le chloralide lactique. Mais, contrairement à nos prévisions, le chloralide lactique n'a aucune propriété hypnotique. Elle produit des troubles graves, attaques épileptiformes, avec sécrétion bronchique intense et asphyxie.

Nous avons, au contraire, obtenu d'excellents résultats avec un corps qui résulte de la combinaison du chloral avec le glucose, anhydroglucо-chloral, que nous proposons d'appeler *chloralose*.

Ce corps avait déjà été indiqué par M. Hefter (*Ber. d. d. ch. Gesells.*, p. 1050, 1889), qui en avait décrit quelques propriétés, mais qui, ne l'ayant sans doute pas obtenu à l'état de pureté suffisante, l'avait considéré comme très toxique.

On peut le préparer de la façon suivante :

On mélange dans un matras quantités égales de chloral anhydre et de glucose sec, et on chauffe à 100° pendant une heure. Le tout se prend par refroidissement en une masse épaisse qu'on traite par un peu d'eau, puis par de l'éther bouillant. En reprenant les parties solubles dans l'éther,

---

« Toute hernie, disait-il, qui n'est pas complètement, constamment et facilement contenue par un bandage, doit être opérée. » On ne pouvait mieux dire et en moins de mots.

C'est à lui que l'on doit aussi bonne connaissance des indications et des règles de la *staphylorrhaphie*, un de ses sujets de prédilection. L'âge auquel l'opération peut et doit être entreprise, les soins antérieurs et consécutifs, la nécessité d'imposer au malade, avant comme après l'intervention, une éducation spéciale de la parole, sans laquelle le résultat phonétique peut être nul ; la meilleure technique à suivre pour mener l'opération à bien, tous ces points sont discutés par lui avec l'autorité que lui donnait la pratique la plus habile et la plus heureuse.

Il me serait facile de citer beaucoup d'autres sujets où il porta la lumière : ses recherches sur le mécanisme et les conséquences des *fractures du crâne*, sur les avantages respectifs de *l'anus iliaque* et de *l'anus lombaire*, sur les *tumeurs lymphatiques*, sur la *maladie kystique du testicule*, sur le *lymphadénome* du même organe et la gravité du *lymphadénome en général*, sur l'*ulcère tuberculeux de la langue*, sur les indications de la *trachéotomie dans les affections syphilitiques des voies respiratoires*, etc., énumération bien incomplète à laquelle il faut absolument ajouter deux thèses qui demeurent classiques : sa thèse inaugurale consacrée à l'étude des *fractures de l'extrémité inférieure du fémur* et sa remarquable thèse d'agrégation sur la *nécrose phosphorée*.

L'œuvre écrite de Trélat n'est cependant pas considérable. La mort l'a surpris trop tôt, au moment où il fallait coordonner et mettre en œuvre les nombreux matériaux qu'il avait amassés.

C'est surtout par son enseignement oral et par sa pratique hospitalière qu'il a eu, sur de nombreuses générations d'élèves, une influence féconde. Aussi est-ce à ce bon droit que l'un de ceux-ci, le plus distingué et le plus aimé, se souvenant de ce qu'il avait vu et entendu, le mettait au nombre des plus grands chirurgiens de notre époque.

Clinicien consommé et opérateur hors ligne, Trélat posse-

puis en les additionnant d'eau, et en distillant cinq ou six fois avec de l'eau, jusqu'à ce que tout le chloral ait été chassé, on obtient finalement un résidu dont on peut séparer par des cristallisations successives *un corps* α, peu soluble dans l'eau froide, assez soluble même dans l'eau chaude et dans l'alcool, et *un corps* β difficilement soluble même dans l'eau chaude. Le rendement en corps α est environ de 3 pour 100.

Le corps α cristallise en fines aiguilles qui fondent à 184°-186°; il se volatilise sans décomposition, et, d'après son analyse, il répond à la formule $C^8H^{11}Cl^3O^6$. Traité par la potasse, il ne donne pas de glucose, contrairement à l'opinion de M. Hefter. Avec l'acide sulfurique on obtient un composé disulfurique, et avec l'anhydride acétique, un composé tétracétilé.

Le corps β cristallise en belles lamelles nacrées qui fondent à 229°.

Nous proposons d'appeler *chloralose* le corps α, et *parachloralose* le corps β.

Nos recherches de physiologie et de thérapeutique ont porté sur le chloralose qui est soluble, tandis que nous n'avons pu constater que l'inactivité du parachloralose, due sans doute à son insolubilité dans l'eau.

Les propriétés physiologiques du chloralose sont très intéressantes, car c'est une substance qui a deux effets qui paraissent contradictoires. *Elle esthypnotique, et elle augmente l'excitabilité de la moelle épinière.*

Si l'on donne, par ingestion stomacale, à un chien (de 10 kilogr.), une dose de 2 gr. à 3 gr. de chloralose, au bout de dix à quinze minutes, on le voit chanceler, trébucher, comme s'il était ivre, puis il s'endort d'un profond sommeil qui dure plusieurs heures. Ce sommeil ne ressemble pas au sommeil chloralique, car les réflexes ne sont ni abolis, ni diminués; ils sont plutôt exagérés, comme si l'abolition momentanée des fonctions psychiques cérébrales coïncidait avec une exaltation des fonctions médullaires.

Nous avons pu donner par ingestion stomacale 0 gr. 6 de chloralose par kilogramme à des chiens sans entraîner la mort, mais seulement l'anesthésie. D'autre part, la dose à laquelle le chloralose commence à manifester son action hypnotique est d'environ 0 gr. 02 par kilogramme. C'est donc une substance bien plus active que le chloral qui, à cette dose est inefficace, et on peut en conclure qu'il n'agit pas par son dédoublement en chloral, puisque 0 gr. 02 de chloralose ne peuvent, en se dédoublant totalement, donner que 0 gr. 01 de chloral.

Ayant acquis la preuve de la non-toxicité du chloralose (1) à faibles doses, nous avons alors pris cette substance nous-mêmes à doses croissantes, de 0 gr. 05 à 0 gr. 10, puis 0 gr. 25, 0 gr. 50 et 0 gr. 75, et nous avons constaté qu'elle n'avait pas d'effet toxique mais qu'aux doses de 0 gr. 30 environ et au-dessus, elle possédait un précieux pouvoir hypnotique.

MM. Landouzy et R. Moutard-Martin en ont pu donner à quelques malades atteints d'insomnie rebelle, et ils ont constaté depuis cinq mois environ qu'ils ont fait les premières tentatives, les faits suivants :

1° On peut sans danger donner le chloralose à des doses ne dépassant pas 0 gr. 8; et l'on ne constate au réveil aucun trouble digestif, aucune céphalalgie, aucun phénomène d'intoxication.

2° Une dose de 1 gramme est une forte dose. Il vaut mieux donner des doses allant de 0 gr. 20 (minimum) à 0 gr. 75. A 0 gr. 50, on provoque un sommeil profond et calme, même chez les individus ayant vainement eu recours à d'autres agents hypnotiques.

D'autres observations, trop peu nombreuses pour être mentionnées encore, semblent établir que le chloralose agit comme analgésique, et que, dans les affections douloureuses diverses, il est d'un grand secours.

En tout cas, il nous est permis d'affirmer que c'est une substance hypnotique qui n'offre ni inconvénient ni danger, aux doses que nous indiquons.

(1) Chez les oiseaux et chez les chats, il paraît être toxique à dose plus faible que chez les chiens, et il ne faut pas dépasser la dose de 0 gr. 1 par kilogramme.

---

dait, en effet, les deux qualités maîtresses du chirurgien.

Élève, et digne élève de Nélaton, nul mieux que lui n'a connu cet art difficile de bien examiner un malade et d'arriver par une suite de déductions, toujours justes, souvent ingénieuses, à poser un diagnostic précis, conduisant à une action opératoire nettement formulée.

Dans les cas douteux ou obscurs, il attendait pour se prononcer, revoyant le malade à divers reprises, y songeant lorsqu'il avait quitté l'hôpital, finissant toujours par se faire une opinion ferme, quitte à reconnaître loyalement son erreur si elle lui était démontrée.

Il répugnait à user des ponctions exploratrices, estimant que le chirurgien ne devait prendre l'instrument en main que lorsqu'il était arrivé, par un examen minutieux, à une notion exacte de la maladie ou de la lésion.

C'est aussi au souvenir de ses élèves que je voudrais faire appel pour évoquer devant vous le brillant opérateur que nous avons admiré ensemble. Et je ne songe pas ici seulement à ces opérations délicates, autoplasties de la face, réparation de la fente palatine, restauration du périnée, où il excellait, mais aux interventions les plus diverses et les plus vulgaires, auxquelles il procédait avec le même soin, j'ai presque dit avec la même coquetterie. Il avait horreur de l'à peu près, et tendait sans cesse à la perfection, aussi bien pour le résultat final que pour tous les détails de l'acte opératoire. Dans sa pensée comme dans sa pratique, le beau s'associait nécessairement au bien. Une opération, pour mériter d'être dite achevée, devait avoir été proprement et élégamment conduite.

Il poursuivait la fin de l'acte opératoire jusqu'au bout, apportant au placement des fils et au pansement, la même précision qu'à l'opération elle-même.

J'ajoute qu'il avait eu de tout le temps, au plus haut degré, souci de la propreté : propreté du malade, propreté des instruments, propreté du chirurgien. A cet égard, on pourrait dire qu'il fut un précurseur, ou du moins que la grande réforme accomplie par Lister devait trouver en lui un esprit bien

REVUE DES JOURNAUX

BACTÉRIOLOGIE

I. — SUR LA BACTÉRIOLOGIE DE LA SÉCRÉTION VAGINALE DES FEMMES ENCEINTES, par le Dr P. BURGUBURU. (*Archiv für experim. Pathologie und Pharmak.*, t. XXX, fasc. 00, 1892.)

II. — LES MICRO-ORGANISMES DE L'ENDOMÉTRIUM A L'ÉTAT DE SANTÉ ET DE LA MALADIE, par le Dr LAPLACE. (*Medical Record*, 1892, p. 669.

III. — L'INFECTION MIXTE DANS LES SUPPURATIONS AIGUËS, par le Dr TROMBETTA. (*Centralbatt für Bacteriologie*, t. XII, p. 121, 1892.)

IV. — SUR LA RECHERCHE DES BACILLES DE LA TUBERCULOSE, par VAN KETEL. (*Archiv für Hygiene*, 1892, t. XV, p. 109.)

I. — M. Burguburu a fait des recherches bactériologiques sur le produit de la sécrétion vaginale de 12 femmes enceintes, tontes bien portantes, n'ayant subi aucune pratique antiseptique ; 9 de ces femmes étaient des primipares, les 3 autres étaient enceintes pour la seconde fois. La sécrétion vaginale était recueillie à l'aide d'une pipette munie d'un aspirateur et garnie à la partie supérieure d'un tampon de ouate stérilisée. Voici, en substance, les résultats constatés par l'auteur :

Dans 5 cas, la sécrétion vaginale contenait des sarcines jaunes et blanches.

Dans 5 cas également elle contenait des germes de levure.

Dans 4 cas, on a pu isoler de la sécrétion vaginale un streptocoque, dont la présence peut être considérée comme constante dans l'eau qui alimente la canalisation de Strasbourg (les recherches de l'auteur ont été faites dans un des laboratoires de l'Université de cette ville). Une antre fois on a découvert dans la sécrétion vaginale un coccus de forme spéciale.

D'autre part les ensemencements ont fait éclore 4 variétés de bacilles identiques aux espèces décrites par Winter Gous les nos 20, 21, 23 et 29. Les cultures de ces bacilles inoculés à des lapins et à des cobayes, dans le péritoine, n'ont produit aucune action pathogène.

Dans 1 cas on a noté le *bacterium coli*. Dans 2 cas la sécrétion vaginale contenait le staphylococcus pyogenes albus, dans un antre cas (sécrétion acide), le staphylococcus albus, et dans un troisième cas le streptocoque. Ni par leurs caractères morphologiques ni par les résultats des cultures ces microorganismes ne différaient de ceux qui sont connus pour être pyogènes. Ainsi le streptocoque, ensemencé sur de l'agar et du bouillon, se développe comme le streptocoque pyogène ; il a été impossible de le cultiver sur de la gélatine.

Les injections intra-veineuses et intra-péritonéales de cultures des staphylocoques, ont développé chez les animaux en expérience de l'amaigrissement ; mais au bout de quelque temps les animaux se rétablissaient.

Après avoir désinfecté au sublimé le cul-de-sac conjonctival, on a injecté dans la chambre antérieure, à des lapins, 3 à 5 gouttes d'une culture de ces mêmes staphylocoques, culture âgée de 8 jours. Avec la culture du *staphylococcus pyogenes albus*, il s'est formé un hypopyon et une suppuration du corps vitré ; l'injection d'une culture du staphylococcus aureus albus a développé une suppuration dans la chambre antérieure de l'œil, mais non dans le corps vitré ; de plus, elle a fait apparaître, au voisinage de l'œil, des foyers inflammatoires circonscrits, constitués par un exsudat fibrineux.

Les inoculations intra-oculaires, intra-veineuses et intra-péritonéales de cultures du streptocoque pyogène, n'ont donné que des résultats négatifs.

En somme, les recherches de l'auteur démontrent que le vagin des femmes enceintes en état de santé donne asile à des microorganismes doués d'une activité pyogène atténuée, à vrai dire.

II. — M. Laplace a fait, dans le laboratoire de Koch, des recherches bactériologiques dont les résultats portent que la muqueuse du corps et du col de l'utérus sert de refuge ; dans les circonstances normales, à un grand nombre de microorganismes. Les mêmes espèces bactériennes se retrouvent dans la muqueuse envahie par des altérations inflammatoires, seulement au lieu d'occuper une situation interstitielle, les bactéries sont alors logées en grand nombre dans l'intérieur des cellules en voie de desquamation. De même dans les cas d'endométrite chronique, simple ou blennorrhagique, les microorganismes se rencontrent en grand nombre dans l'intérieur des cellules épithéliales et dans l'épaisseur du tissu fibreux, ce dernier s'hypertrophie, sous l'influence de l'irritation continue qu'il subit de la part des microorganismes en voie de prolifération.

Les indications thérapeutiques qui se déduisent là, sont bien simples ; elles peuvent se résumer dans ces quelques mots : désinfecter la cavité utérine au moyen du curettage et des lavages antiseptiques (sublimé).

III. — Trombetta a fait des expériences sur des lapins, dont les résultats l'amènent à conclure que la suppuration est favorisée par le caractère mixte de l'infection. En introduisant sous la peau des animaux en expérience, des bactéries pyogènes en pleine possession de leur activité virulente, et associées à d'autres bactéries, l'abcès qui se formait dans ces conditions était à la fois plus rapide à se développer et plus volumineux, que lorsque l'inoculation avait lieu avec ces seuls

---

disposé. Il fut, en effet, un des premiers, et presque le seul parmi les chirurgiens de son âge, à se soumettre sans arrière-pensée aux règles de la plus minutieuse antisepsie. Il avait compris toute la portée de cette évolution de l'art chirurgical ; il ne tarda pas à en constater par lui-même les bienfaits. Il les proclamait bien haut. « Il y a quinze ans, disait-il peu de temps avant sa mort, nous en étions encore à secouer cette robe de Nessus des complications septiques, infection purulente et autres ; aujourd'hui, nous en sommes arrivés, non pas à discuter la guérison physiologique, qui ne peut être révoquée en doute, mais à rechercher les moyens qui nous permettront de l'obtenir de plus en plus fréquemment. » Et il entrevoyait le moment où, « par la connaissance de plus en plus complète de tous les agents, de toutes les ressources et de tous les détails de l'antisepsie, cette guérison devenant la règle, l'avenir de la chirurgie deviendrait lui-même indéfini ».

Une pareille adhésion, au jour où les pratiques de Lister n'avaient en France que de rares partisans, était précieuse. On a pu dire, non sans raison, qu'elle a été pour beaucoup dans l'avènement parmi nous et le triomphe aujourd'hui incontesté de la méthode.

(*A suivre.*)

microorganismes pyogènes. Voire que lorsque la virulence de ceux-ci était atténuée au point que l'inoculation des seules bactéries pyogènes ne développait plus de suppuration, ce résultat pouvait encore être obtenu quand on procédait par voie d'infection mixte. Il en était ainsi soit qu'on associât aux bactéries pyogènes des microbes non pathogènes tels que ceux qu'on rencontre dans les matières fécales, on des bactéries pathogènes telles que le bacille d'Eberth le bacille de la tuberculose, etc.

Ces résultats concordent dans leur ensemble avec d'autres qu'avait obtenus précédemment Babes. Ils démontreut que la présence de saprophytes au voisinage et à la surface d'une plaie n'est pas chose aussi indifférente qu'on ne l'admet en général.

IV. Pour mettre en évidence les *bacilli tuberculi* contenus en très petit nombre dans les crachats ou dans le lait, van Ketel procède de la façon suivante :

Il introduit dans un flacon à large goulot, d'une contenance de 100 cc. environ, 5 grammes d'acide phénique liquifié, 10 grammes d'eau et 15 grammes de la matière à examiner. Le tout est agité fortement pendant une minute. On ajoute ensuite la quantité d'eau nécessaire pour faire 100 grammes. On agite encore une fois, et on verse le tout dans un verre cônique. Au bout de douze on vingt-quatre heures, on enlève une parcelle de la couche la plus profonde du sédiment qui s'est formé, on la dépose sur un couvre-objet, ou la laisse s'agglutiner, on la dégorge dans des gouttes de Hoffmann, on colore la préparation suivant le procédé de Ziehl-Neelsen.

Ce procédé a donné de meilleurs résultats que celui de Biedert et Dahmen.

E. RICKLIN.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

TRAITEMENT DE L'AMYGDALITE LACUNAIRE CHRONIQUE PAR LA DISCISSION DES AMYGDALES, par M. GAMPERT.

L'amygdalite lacunaire chronique est une inflammation chronique des amygdales causée et entretenue par l'accumulation, dans les lacunes, de masses caséeuses dans la composition desquelles entrent des éléments normaux (cellules desquamées, leucocytes) et des éléments anormaux (microbes, leptothrix...)

Le symptôme le plus fréquemment observé est une gêne dans la gorge. Cette gêne se manifeste seulement au moment de la déglutition de la salive, celle des aliments étant relativement facile et normale. L'on observe aussi assez souvent une douleur dans l'oreille correspondante, assez vive parfois pour faire croire à une affection de la trompe ou de la caisse. Fréquemment, sous l'influence de la gêne perçue par les malades, ces derniers ont des accès de toux irréguliers ou revenant le matin au lever. C'est une toux sèche, fatigante, déchirante, allant parfois jusqu'à provoquer la nausée et même le vomissement. Ils ont aussi parfois une haleine fétide et perçoivent dans l'arrière-bouche un goût infect.

La voix est assez souvent intéressée, plus spécialement chez les chanteurs, les orateurs. Dans la conversation ordinaire, rien d'anormal ; mais s'ils veulent faire un effort, comme une note un peu élevée, chanter longtemps, la voix se fatigue, s'enroue et bientôt refuse tout service.

Les symptômes généraux de l'amygdalite lacunaire, sans être bien accusés, consistent en malaise, courbature, inappétence, céphalalgie..., phénomènes qui cessent ordinairement après l'expulsion des masses caséeuses.

L'aspect du pharynx est assez variable. Tantôt les amygdales sont rouges, grosses, présentant de nombreux orifices crypteux d'où sortent des masses blanchâtres, dépassant les piliers ou les écartant fortement, tantôt elles sont peu développées, cachées entre les piliers, si bien que pour les voir il faut soulever le pilier antérieur. L'état inflammatoire est assez marqué dans le premier cas ; il est nul ou presque nul dans le second.

Le traitement ne devra être ni l'amygdalotomie ni l'ignipuncture, le mieux sera de s'attaquer aux cryptes enflammées, de vider ces cavités, de les inciser pour les faire disparaître comme on incise un trajet fistuleux pour le faire cicatriser. Par ce moyen, on pourra voir des amygdales énormes qu'on eût été tenté d'enlever, diminuer comme par enchantement à la suite de la discission.

Pour pratiquer la discission des amygdales, on se sert d'un crochet mousse qu'on passe dans un orifice et qu'on cherche à faire ressortir par un autre ou bien au travers le tissu dans un point voisin. On ouvrira plusieurs cryptes dans la même séance pour continuer huit jours après. Pendant l'intervalle le malade fera usage de gargarisme boriqué le premier jour et iodé les jours suivants.

M. Gampert rapporte des observations fort nombreuses d'amygdalites lacunaires chroniques traitées par la discission. Quelques-unes ont été recueillies à la consultation externe de l'hôpital Beaujon, mais la plupart proviennent de la clinique gratuite de MM. Lubet-Barbon et Martin.

DE LA PLEURÉSIE HÉMORRHAGIQUE AU COURS DE LA CIRRHOSE ALCOOLIQUE, par M. G. JEAN.

On sait quelle est la fréquence des hémorrhagies de toutes sortes au cours des maladies du foie : les épistaxis, les hématémèses, le mælena, les ecchymoses sous-cutanées ont été souvent décrites tant dans les maladies aiguës que dans les maladies chroniques de cet organe. Mais parmi toutes les affections hépatiques, une classe s'accompagne par excellence d'hémorrhagies multiples, au point qu'elles constituent un symptôme presque obligé de l'affection, ce sont les cirrhoses.

La pleurésie hémorrhagique est une complication rare mais certaine (puisque l'auteur en rapporte sept cas) de la cirrhose alcoolique. Siégeant à droite, à marche chronique et généralement bien tolérée, elle n'a pas de signes cliniques spéciaux. Son diagnostic ne peut être fait que par exclusion, basé surtout sur la coexistence de la lésion hépatique.

La production de cette affection a été rattachée à différentes causes, à des lésions vasculaires pleurales, dégénérescence granulo-graisseuse des capillaires, à la rupture des capillaires des néo-membranes ou à des troubles dans la constitution du sang et plus particulièrement au défaut de coagulabilité.

Il n'empêche que l'altération des néo-membranes paraît devoir être surtout mise en cause et l'auteur explique comme suit la filiation des accidents. La péri-hépatite débute, s'accompagne rapidement de fausses membranes, reliant le foie au diaphragme. Par l'intermédiaire de ce dernier, l'inflammation se propage à la plèvre diaphragmatique et se généralise à celle-ci ; il se produit une pleurésie sèche ou séro-fibri-

neuse avec formation de fausses membranes qui bientôt se rompent, donnant lieu à l'hémorrhagie pleurale. Cette rupture et cette hémorrhagie sont d'ailleurs puissamment favorisées par diverses altérations des vaisseaux et du sang dues à l'artério sclérose et aux lésions du foie.

Le pronostic de la pleurésie hémorrhagique se confond avec celui de la cirrhose sans toutefois l'aggraver. La thoracentèse d'urgence devra être aussi tardive que possible en ayant soin de n'enlever que le trop plein du liquide.

Une des sept observations rapportées par M. Jean a été prise dans le service de son maître, M. Desnos, les autres appartiennent à Laennec (1819), à Lendet (de Ronen) (1862), à Morand (1864), à M. Martinean (1872), à M. Gaillard (1880), à M. Ch. Leroux (1886).

CH. AMAT.

BULLETIN

Académie de médecine : Du mouvement de natation de la raie. — Recherches microscopiques sur la contractilité des vaisseaux sanguins.
Académie de médecine : Opération césarienne pratiquée chez une naine avec succès pour la mère et pour l'enfant.
Société médicale des hôpitaux : Associations morbides.

M. Marey, continuant ses recherches sur les applications de la photographie à l'analyse des mouvements des animaux, a été condnit à étudier les mouvements de natation de la raie et à obtenir une série d'images montrant toutes les phases des ondes successives qui constituent le cycle complet de chaque mouvement. En examinant ces images, on est frappé, comme M. Marey, de leur grande ressemblance avec celles que donne la chronolithographie appliquée au vol des oiseaux. Cette analogie entre la natation et le vol, dit le savant physiologiste, était du reste naturelle; dans les deux genres de locomotion, en effet, les organes propulseurs agissent sur un fluide; de part et d'autre, la propulsion s'obtient par l'action d'une surface flexible qui s'incline obliquement par rapport à la direction de son mouvement. Il est même probable que ces deux genres de locomotion s'éclaireront l'un par l'autre et que leur comparaison pourra fournir aux physiologistes des notions nouvelles sur les conditions d'adaptation du membre antérieur à la locomotion dans les fluides. L'anatomie comparée bénéficiera ainsi largement de la méthode ingénieuse de recherches instituée par M. Marey.

— Les expériences relatives à la contractilité des vaisseaux sanguins présentent une difficulté tenant à l'élasticité de ces mêmes vaisseaux. C'est pour cela que si, depuis l'observation de M. Schiff concernant la contraction rythmique des artères auriculaires du lapin, on admet la contractilité des artères, celle des capillaires et des veines est restée plus que douteuse. Il suffit, en effet, dit M. Ranvier, « que, par suite de la contraction des artères, il n'arrive plus de sang dans les capillaires et les veines pour que ces derniers vaisseaux, en vertu de l'élasticité de leur paroi, se débarrassent du sang qui les remplissait en l'envoyant dans les grosses veines du cœur ».

Ces considérations ont amené M. Ranvier à instituer des expériences dans des conditions différentes de celles où l'on s'est placé jusqu'à présent. Il a soumis à l'excitation électrique une membrane vasculaire vivante encore, mais entièrement détachée de l'animal, afin d'y supprimer la circulation. Il a agi ainsi sur les vaisseaux sanguins comme on agit sur les fibres musculaires dont on veut étudier les phénomènes de contraction. Il a fait choix, à ce sujet, de la membrane périœsophagienne de la grenouille, qui présente le triple avantage d'être extrêmement mince, de posséder un riche réseau vasculaire et une abondance considérable de nerfs. Sons l'action de la petite machine d'induction usitée dans les recherches histophysiologiques, il a pu constater la contraction des parois des artérioles, contraction qui a pour effet d'effacer le calibre du petit vaisseau. Quand on coupe le courant, l'artère revient peu à peu à son diamètre primitif.

A ce propos, M. Ranvier fait observer que « les fibres musculaires lisses se contractent tout aussi bien que les fibres striées; il ne faut pas chercher dans la striation la raison de la contraction elle-même; de la striation dépend seulement un des modes de la contraction. Les fibres striées se contractent brusquement, les fibres lisses se contractent lentement ».

Ajoutons, pour terminer l'analyse de cette intéressante communication, que si M. Ranvier a constaté, comme il vient d'être dit, la contractilité des artérioles, il n'a jamais observé le plus léger mouvement de contraction dans les capillaires.

La dernière séance de l'Académie de médecine a été levée en signe de deuil par suite de la mort d'un de ses anciens présidents, M. le prof. Hardy. On trouvera plus loin une notice sur la vie longue et si bien remplie de notre confrère. Enlevé en trois jours par une pneumonie qu'il a contractée en plein exercice de la profession, on peut dire qu'il est mort sur la brèche.

Avant que la séance ne fût levée, on a pu voir M. Guéniot hisser sur la tribune une jeune naine de 19 ans, en paraissant avoir à peine 12, et à laquelle tout le monde aurait certainement refusé des attributs de la maternité. Et cependant, elle était accompagnée d'une nourrice portant un enfant que M. Guéniot avait heureusement extrait de ses flancs par l'opération césarienne, la seule intervention qui, en présence de la déformation et de l'étroitesse du bassin, fût permise.

Autre point intéressant : l'enfant est né portant les stigmates du rachitisme dont est atteinte la mère.

Le titre d'*associations morbides* convient à différentes communications qui ont été faites dans la dernière séance de la Société médicale des hôpitaux.

Dans la première de ces communications, due à M. Galliard, on voit le choléra et la fièvre typhoïde coexister chez le même individu. Etiologiquement, ainsi que le fait observer M. Netter, ceci n'a pas lieu de surprendre, l'eau de boisson étant le principal facteur des deux maladies. C'est ainsi que, dans plusieurs localités, entre autre à Sarcelles, à Argenteuil, il y a eu une véritable épidémie de fièvre typhoïde pendant que sévissait le choléra. Néanmoins les deux maladies n'ont pas paru frapper en même temps le même individu.

Le malade de M. Galliard a eu la fièvre typhoïde quatorze jours après son entrée à l'hôpital pour une attaque de choléra. Il est donc probable, la durée de l'incubation de la fièvre typhoïde étant en général de deux septénaires, que, le jour de son entrée, il portait en lui-même deux germes, le bacille-virgule et le bacille d'Eberth. Ces deux microbes paraissent

avoir évolué chacun pour son propre compte sans s'influencer réciproquement. En effet, on est à peine autorisé à dire, avec M. Galliard, que l'évolution du bacille d'Eberth a été retardée par le choléra, et l'opinion de M. Chantemesse, d'après laquelle le choléra aurait, au contraire, favorisé le développement de ce bacille, constitue dans le présent cas une simple hypothèse.

La seconde communication dont nous avons à parler, est relative à l'influence que l'érysipèle peut avoir sur la tuberculose pulmonaire. On a dit que le streptocoque de l'érysipèle est antagoniste du bacille de Koch, et on a cité des faits dans lesquels la phthisie pulmonaire aurait guéri consécutivement à un érysipèle de la face. A l'encontre de cette opinion, le fait suivant a été observé par M. Comby.

Un jeune homme de 20 ans entre à l'hôpital pour une tuberculose localisée au sommet du poumon droit, à début banal, à marche lente. Il contracte un érysipèle grave, serpigineux, qui guérit en quinze jours, mais qui modifie complètement l'évolution de la tuberculose. Dès ce moment, en effet, la phthisie pulmonaire revêt la forme aiguë et emporte le malade en quelques semaines.

Ici y a-t-il eu une action directe du streptocoque sur le bacille de Koch ou la gravité de l'érysipèle, en affaiblissant le malade, a-t-elle mieux préparé le terrain à l'évolution rapide de la tuberculose? En présence d'autres cas assez nombreux, dans lesquels un érysipèle de la face est resté sans action sur la marche de la tuberculose, on est plutôt porté, avec M. Comby, à admettre la seconde manière de voir.

Dans la troisième communication, il s'agit encore de l'érysipèle et de ses rapports, non plus avec la tuberculose, mais avec le rhumatisme. On observe parfois, au cours d'un érysipèle, une arthrite, généralement unique, siégeant soit à distance, soit dans le voisinage immédiat de la plaque érysipélateuse: cette arthrite est manifestement sous l'influence de l'infection générale produite par l'érysipèle, et ce n'est pas elle dont il est ici question.

M. Richardière, l'auteur du travail dont nous parlons, a eu particulièrement en vue les arthrites rhumatismales franches, dont la mobilité, l'instabilité, l'action qu'exercent sur elles le salicylate de soude, démontrent la nature diathésique. Or chez tous malades atteints d'érysipèle de la face, notre confrère a observé, toujours au moment de la défervescence, alors qu'on peut considérer l'érysipèle comme guéri, des manifestations de rhumatisme articulaire aigu. Les trois malades avaient eu antérieurement des atteintes de rhumatisme. L'évolution de ce rhumatisme post-érysipélateux n'a offert, d'ailleurs, rien de bien particulier; il a été d'une intensité moyenne, s'est accompagné deux fois de symptômes cardiaques relativement légers, et a cédé à l'action du salycilate de soude.

L'association de deux états morbides chez le même individu, qu'il y ait simple coïncidence ou association réelle, combinaison, c'est-à-dire action réciproque de l'un sur l'autre, soulève de nombreuses questions de pathogénie, de physiologie pathologique et de prophylaxie ou de thérapeutique. Les trois communications faites à la Société médicale des hôpitaux nous ont fourni l'occasion d'appeler de nouveau sur ces questions l'attention de nos lecteurs.

Dr F. de Ranse.

NOTES ET INFORMATIONS

Association de la Presse médicale. — *Congrès international de médecine de Rome en 1893.* — Le 13 janvier dernier a eu lieu, chez Marguery, un dîner spécial de l'Association de la Presse médicale, sous la présidence de M. le prof. Cornil.

Ce banquet, auquel assistaient les syndics, MM. de Ranse et Cezilly, les membres du Conseil judiciaire de l'Association et 15 membres participants, était offert à M. le commandeur prof. Edouard Maragliano, directeur de l'Institut de clinique médicale à l'Université royale de Gênes et secrétaire général du XIe Congrès international de médecine, venu à Paris pour se mettre en rapport avec l'Association de la presse médicale, au sujet du prochain Congrès qui doit avoir lieu à Rome, du 24 septembre au 1er octobre 1893.

M. le Président a présenté M. le prof. Maragliano, qui a répondu en termes des plus flatteurs pour notre pays.

Après discussion, il a été décidé ce qui suit :

1° Par les soins de l'Association de la Presse médicale, un Comité est institué sous la dénomination de « *Comité français d'initiative et de propagande pour le Congrès international de Rome* en 1893 ».

Ce Comité a pour mission de mettre tout en œuvre pour assurer la participation de la France au Congrès de Rome.

2° Sont nommés membres de ce Comité, tous les membres de l'Association de la Presse médicale présents au dîner du 13 janvier, à savoir : MM. Cornil, président; Cezilly, de Ranse, syndics; Chervin, Chevallereau, Délefosse, Doléris, Gorecki, Gougenheim, Joffroy, Laborde, Landouzy, Lereboullet, Meyer, Moure, Prengrueber, Ch. Richet; M. Baudouin, secrétaire général.

3° Le bureau du Comité, composé de M. Cornil, président, de Ranse et Cezilly, syndics, Marcel Baudouin, secrétaire, fournira tous les renseignements nécessaires aux intéressés et à toutes les personnes qui désireraient visiter l'Italie en allant assister au Congrès de Rome.

4° Toutes les communications relatives aux travaux de ce Comité doivent être adressées à M. le Dr Marcel Baudouin, secrétaire général de l'Association de la Presse médicale, 14, boulevard Saint-Germain, Paris.

Inauguration de l'hôpital international. — M. Péan a inauguré samedi dernier, au milieu d'une affluence considérable de médecins et d'amis, l'hôpital qu'il vient de fonder de ses propres deniers sous le nom d'*Hôpital international*. On ne saurait marchander les félicitations à notre confrère pour cette généreuse initiative dont l'exemple, il faut l'espérer, ne laissera pas d'être fécond. Mais ce n'est pas tout: s'inspirant des progrès récents de l'hygiène hospitalière, M. Péan a tenu à créer un hôpital type qui réalisât tous ces progrès et pût ainsi servir de modèle aux établissements du même genre. Nous avons visité avec soin et dans toutes ses parties l'hôpital international, nous croyons qu'il ne sera pas sans intérêt d'en faire connaître les principales dispositions. Nous sommes obligé, par l'abondance des matières, de renvoyer cette description au prochain numéro.

Comité consultatif d'hygiène publique. — Sont nommés membres du Comité : MM. les docteurs Chantemesse et Charrin, en remplacement de MM. Pasteur et Peter, démissionnaires.

M. Pasteur est nommé président honoraire dudit Comité.

Assistance publique. — Le concours de l'internat en médecine des hôpitaux de Paris s'est terminé par la nomination des candidats dont les noms suivent, classés par ordre de mérite :

Internes titulaires. — 1. Mouchet, Dujon, Collet, Binot, Lévy (Emile), Ravanier, Lapointe, Thomas, Lévi (Charles), Bensaude, Bodin, Baraduc, Auclair (Jules), Josué, Rangiaret, Laurens, Baudet, Isidor, Flandre, Jeannin.

21. Gasne, Griner, du Bonchet, Robineau, Hermary, Philippe, Ouvry, Apert, Gesland, Baillet, Dfriart, Emery, Desfosses, Boquel, Brouardel, Leblanc, Nacé, Collinet, Petit (René), Albert Martin.

41. Kuss, Mourette, Fauquez, Pochon, Faguy, Venot, Vermorel, Claude, Guillemot (Louis), Lapeyre, Caboche, Fredet, Ramond, Derocque, Petit (Raymond), Beaussenat, Magdeleine, Bellot (Eugène), Benoît, Paul-Boncour.

61. Schmid, Cocquelet, Courtillier, Lévy (Samuel), Mermet Bolognesi.

Internes provisoires. — 1. Salmon, Long, Martin (Charles), Blanc, Miquet, Hepp, Anghelesco, Vanverts, Bigeard, Garnier (Marcel), Lenoble, Piaget, Estrabant, Eliacheff (Mlle), Pouquet, Bonnus, Guibert-Lassalle, Jacobson, Wiart, Gellé.

21. Noir, Plicot, Batigne, Bonchacourt, Chauvel, Chabry, Didsbury, Lorrain, Dévy (Armand), Zeimet, Dominici, Fauvelle, Roger, Grasset (Hector), Escat (Jean), Papillon, Luton, Milion, Choppin, Fournier.

41. Tissier (Henri), Marçais, Thoumire, Lenoir, Bruyère, Pois, Grenet (Alphonse), Hobbs, Tariel, Berthelin, Haury, Escat (Etienne), Brunet (Louis), Pinault, Delamare, Bartholi, Bonnet (Saint-René), Rudaux, Nordmann, Trinel.

61. Charnaux, Beanlaron, Siguier, Pasteau, Griffon, Crochet.

VARIÉTÉS

LA MANIE OPÉRATOIRE ET LES ABUS DE LA GYNÉCOLOGIE CHIRURGICALE.

(Suite et fin (1).)

Nous donnons aujourd'hui la suite et la fin de l'interview des chirurgiens américains au sujet de la campagne entreprise par le *Herald* contre l'abus des opérations chirurgicales. Nous espérons pouvoir continuer cette enquête et donner bientôt l'avis des principaux chirurgiens de Paris.

LE Dr ROBERT A. WEIR.

Le Dr Robert A. Weir, 37 West Thirty-third-street, New-York, s'est exprimé de la façon suivante : « A mon avis, c'est tout bonnement de l'impertinence que de demander à un médecin s'il n'est pas trop hardi ou trop téméraire, et s'il ne s'avance pas trop loin dans l'exercice de sa profession. Je ne voudrais pas être impoli, mais voilà ce que j'en pense, et je refuse de répondre davantage à vos questions ».

LE Dr R. C. M. PAGE.

Le Dr R. C. M. Page, 31 West Thirty-third-street, professeur de médecine à la Policlinique, et auteurs de plusieurs ouvrages médicaux bien connus, est d'un avis différent. « Je pense que dans une question telle que celle-là, le public a le droit de savoir à quoi s'en tenir, et qu'il ne peut être que profitable aux hommes éminents de la profession de discuter publiquement la question. Votre journal fait très bien de tâcher d'obtenir de tous les chirurgiens que la question intéresse, une opinion nette et je ne puis qu'approuver votre conduite.

Il y a bien des cas où un chirurgien voit de suite qu'il sera nécessaire d'avoir recours au bistouri mais il est criminel de faire une opération quand on peut l'éviter. Lister a beaucoup fait avancer la chirurgie antiseptique : « mais les jeunes chirurgiens ont été tentés de faire des opérations dangereuses « qui auraient pu être évitées s'ils avaient appelé un médecin « en consultation et si un diagnostic précis avait été posé. » Nous savons, bien entendu, qu'il y a des chirurgiens insensés, et que beaucoup d'opérations inutiles se font. On devrait s'y attendre. Car les chirurgiens sont comme tous les hommes exposés aux erreurs ; mais la grande majorité des chirurgiens n'ont en vue que le bien de leurs malades. »

LE Dr JOSEPH D. BRYANT.

Le Dr Joseph D. Bryant, 54 West Thirty-sixth-street, membre du Conseil d'hygiène ; « Je suis tout à fait opposé à la discussion des affaires concernant notre métier dans la presse politique. On devrait interdire cette discussion, qui démoralise et le public et les médecins ; elle effraie inutilement les gens du monde et ne produit aucun bien. J'ai la plus grande foi dans les hommes de notre profession. Si j'étais malade, j'aurais la plus entière confiance dans le chirurgien qui me soignerait, et je le laisserais complètement libre de décider la nécessité de me faire subir une opération. On ne saurait compter le nombre de vies sauvées par l'intervention précoce du bistouri, qui sans cela auraient été irrémédiablement perdues. Néanmoins je crois que cette discussion ne devrait pas avoir lieu devant le grand public, mais qu'elle devrait être menée ou dans les journaux médicaux ou dans les sociétés médicales ; car les gens du monde ne devraient pas en connaître les détails. C'est une question à régler entre gens du métier et non devant des profanes absolument ignorants de la matière. On peut parfaitement s'en remettre aux chirurgiens quant aux meilleurs et plus sûrs moyens de procéder.

« Vous me demandez si la statistique indique que beaucoup de morts soient dues aux interventions sur l'abdomen. Cela est certain, mais ne prouve rien. Les rapports ne nous fournissent aucune base sur laquelle on puisse édifier une opinion, car les détails de chaque opération ne nous sont pas communiqués par les chirurgiens. Sans l'observation complète de chaque laparotomie, il est bien difficile de dire si le malade est mort du fait de l'opération. Nous ne faisons que réunir tous ces cas sous l'étiquette de la laparotomie. Le service de statistique ne peut demander que chaque chirurgien envoie les détails de son opération ; je ne voudrais pas me hasarder à proposer une pareille mesure, je serais trop bien reçu. »

LE Dr JOHN F. WYETH.

Le Dr John F. Wyeth, 27 East Thirtyeighth-street, gendre de Marion Sims, le chirurgien bien connu : « Je crois à l'utilité de la discussion dans la presse politique des questions ayant rapport aux interventions chirurgicales, à condition qu'on se mette au niveau du public. Un chirurgien prudent ne peut être trop prompt à agir, car c'est cette intervention précoce qui sauve la vie des malades. Je crois beaucoup à la chirurgie hardie, « à la condition qu'elle soit faite par des « hommes consciencieux, traitant le malade comme une per- « sonne de leur famille. » Dans ces cas-là, le chirurgien doit toujours se demander ce qu'il ferait s'il s'agissait de son père ou de son frère.

Il existe cependant une catégorie de chirurgiens n'ayant malheureusement qu'une expérience limitée, mais ne connaissant aucune limite pour leur témérité. Ils arrivent à se persuader qu'ils peuvent faire des opérations que les meilleurs

(1) Voir le numéro précédent.

chirurgiens de notre pays n'oseraient pas entreprendre. On devrait les exclure complètement. Quelques-uns même d'entre eux sont arrivés à se faire une position à New-York, et y font des opérations tellement hasardeuses, que nous nous refusons à les voir en consultation.

« Je crois que dans beaucoup de cas, si l'on intervenait plus tôt, on sauverait le malade. Plus tôt vous attaquerez la lésion, meilleures sont les chances de réussite. Car à ce moment la lésion étant petite, il est plus facile d'y remédier. Beaucoup de personnes s'abandonnent et meurent à cause de leurs craintes injustifiées d'une opération. Il y a quelques années, toutes les perforations de l'appendice mouraient, parce qu'on croyait à des péritonites, tandis qu'à présent nous en sauvons bien 50 p. 100. La chirurgie exploratrice, faite par des hommes compétents, ne devrait pas être blâmée, car elle donne aux malades une chance de vie qu'ils n'auraient pas eue autrement. »

LE Dr TH. ANDREWS.

Le Dr Th. Andrews, de Philadelphia, dit: « Je ne crois pas que les chirurgiens américains soient devenus trop hardis en matière d'opérations. Leur témérité apparente n'est que l'expression du progrès de la chirurgie que nous devons aux méthodes antiseptiques. A un certain moment, à Philadelphie, il n'y avait que Washington Atlee qui osât faire une ovariotomie. Et il devançait les hommes de son époque autant que Marion Sims le faisait à New-York. »

LE Dr WILLIAM HUNT.

Le docteur William Hunt, également de Philadelphia, dit: « On ne peut nier qu'il y ait eu trop de hardiesse dans la chirurgie abdominale chez la femme. » On a été tenté de faire, au moyen de l'antisepsie, ce qui sans elle eût été impossible. « Je considère qu'on n'a aucun droit d'enlever un organe abdominal, à moins que cet organe ne soit malade, ce qui en maintes circonstances n'a pas été le cas. » Certaines opérations sur le cerveau, l'ouverture du crâne, chez les idiots par exemple, pour permettre à l'encéphale de se développer, ne sont certainement pas justifiables, en présence des cas qui n'ont pas été suivis de succès. Une réaction vers la chirurgie conservatrice se manifeste déjà. Un confrère de New-York, bien connu pour sa compétence en matière de chirurgie abdominale, m'a dit dernièrement qu'il lui arrive maintenant de déconseiller des opérations qu'il préconisait autrefois. Tous, nous nous apercevons de la même chose à Philadelphie, où les opérations ne se font plus pour le plaisir de l'opérateur, mais pour soulager la douleur et remédier aux malformations, et seulement dans le cas où la guérison ne peut être obtenue d'une autre façon. »

LE Dr FELLOWS.

Le Dr Fellows, Hahnemann Medical College, à Chicago, pense que « sans aucun doute il y a une tendance vers l'excès en chirurgie et qu'on fait abus de ce qui devrait être un moyen exceptionnel. En règle générale, cependant, je dois dire que les chirurgiens sont des hommes prudents et n'ont recours aux moyens héroïques que quand les autres moyens n'ont pas donné de résultats et quand il s'agit de sauver à tout prix la vie du malade. Aux cas extrêmes il faut opposer des moyens extrêmes. Mais d'habitude on ne prend le bistouri que lorsque l'état du malade le demande. Un chirurgien se trouve souvent très embarrassé, et en pareil cas il n'a que son jugement pour le guider dans sa ligne de conduite. Il n'est douteux pour personne que des cas qui demandent un traitement très délicat se trouvent entre les mains de confrères incompétents, mais on peut aussi bien dire que des erreurs d'ordre médical se font très souvent, et « qu'il n'est pas rare de voir des médecins « soignant leurs semblables quand en réalité ils pourraient à « peine soigner des animaux domestiques ».

LE Dr J. G. THOMPSON.

Le Dr J. G. Thompson n'hésite pas à déclarer que les chirurgiens sont beaucoup trop portés à prendre le bistouri. Il y a pour cela trois raisons : d'abord les chirurgiens ont la curiosité de savoir exactement ce qu'ont leurs malades; curiosité que je considère comme parfaitement légitime, à moins qu'elle ne soit portée à l'excès; 2° on constate beaucoup trop de bonne volonté de la part des malades à se soumettre aux interventions; « 3° la troisième raison est la question d'argent.» Il y a beaucoup de malades qu'on pourrait guérir par des soins minutieux pendant un certain nombre de mois, mais ce traitement est beaucoup trop lent pour certains chirurgiens qui, de cette façon, ne reçoivent que 10 à 25 fr. par visite, et sont forcés de se déranger un grand nombre de fois, tandis qu'en opérant ils gagnent de 2.000 à 2.500 fr. en deux heures.

Opinions des chriurgiens de Boston.

Les chirurgiens de Boston, ainsi que leurs confrères dans les différentes villes des États-Unis, se sont beaucoup intéressés à la discussion soulevée par le *New-York Herald* relativement aux opérations qui se font à l'heure actuelle, mais ils ne consentent à donner leur avis qu'à la condition que leur nom ne sera pas publié dans la presse politique.

Il est évident que les chirurgiens se divisent en deux camps, dont un déclare que la chirurgie abdominale devrait être complètement délaissée, tandis que l'autre affirme qu'un grand nombre de personnes, sans l'usage hardi du bistouri, seraient mortes depuis longtemps. Il y a une dizaine d'années, nous disait un de ces chirurgiens bien connus, certains confrères étaient d'avis qu'aucune maladie des femmes ne relevait de la chirurgie. Et à cette époque jamais on ne se serait permis d'opérer une appendicite. Aujourd'hui cependant, nous opérons dans les deux circonstances, et avec succès dans la grande majorité des cas. Les maladies dont souffraient nos mères étaient considérées comme au-dessus de nos ressources, et l'on m'a cruellement critiqué parce que j'ai guéri des femmes par intervention chirurgicale.

LE Dr G. W. GAY.

Le Dr G. W. Gay, City Hospital, Boston, nous dit : « Les chirurgiens américains sont plus prudents que ceux d'Europe, et surtout que les allemands; et dans aucun pays les droits du malade ne sont autant respectés que chez nous. J'insiste sur ce point, et je puis ajouter qu'ayant été pendant vingt-cinq ans chef de service dans un des plus grands hôpitaux de Boston, où l'on faisait un grand nombre d'opérations, je n'ai vu que très peu de chirurgie exploratrice. La découverte de l'anesthésie et de l'antisepsie a beaucoup élargi notre sphère d'action dans ces dernières années, et il n'est très étonnant que quelques confrères se soient laissé entraîner par une sensation de sécurité. Mais bien que nous soyons exposés à faire des erreurs comme tous les hommes, je ne pense pas que nous le soyons davantage. »

LE Dr O. G. CILLEY.

Le Dr O. G. Cilley approuve beaucoup la conduite du *Herald* dans cette affaire et pense qu'il est temps d'empêcher l'usage sans contrainte du bistouri. « Il y a des centaines d'interven- « tions qui n'auraient jamais dû être faites » et je pourrais vous en citer autant que vous voudriez. La statistique condamne ces opérateurs, car la mortalité n'a pas le moins du monde diminué depuis que ces soi-disant découvertes ont été faites; jamais je ne fais une opération sans prendre l'avis d'un confrère au moins, et je ne serais pas fâché qu'on fit « une loi interdisant toute opération chirurgicale qui ne « serait pas autorisée par l'avis de trois chirurgiens ».

LE Dr ROBERT READ.

Le Dr Robert Read s'exprime ainsi : « On opère trop, et dans ma spécialité j'en vois de nombreux exemples, car des malades viennent me trouver, « ayant subi des opérations « complètement inutiles », et ayant été exposés à des semaines de douleur, parce que le chirurgien auquel ils se sont d'abord adressés a mieux aimé se servir de son bistouri que de son porte-plume. Ces gens-là ont le couteau constamment à la main et s'en servent à la moindre occasion. J'espère que les conseils du *Herald* seront écoutés par les jeunes chirurgiens, et je suis sûr que la santé et le bien-être de nos semblables ne s'en trouveront pas plus mal : je connais moult de cas où l'on a essayé de « faire le diagnostic avec le bistouri sans trop « savoir sur quoi on allait tomber et où l'on a fait un mal « irrémédiable au malade. » C'est à cet abus qu'on devrait tâcher de mettre fin. »

LE Dr H. O. MARCY.

Le Dr H. O. Marcy, ancien président de l'American Medical Association, chirurgien très enthousiaste et bactériologue émérite est naturellement d'un avis tout à fait opposé à ceux que je viens de citer. Les progrès de la chirurgie dans ces dernières années, nous dit-il, sont très importants aussi bien en pratique qu'en théorie. Lorsque nous étions jeunes, nos mères souffraient et traînaient une pénible existence, jusqu'à ce que la mort les délivrât enfin de leur martyre. C'est quelque chose il me semble que d'avoir appris comment les guérir; les maladies nécessitant la laparotomie étaient considérées comme incurables. Aussi, récemment, en 1879, les directeurs du Massachussets General Hospital ont déclaré ne pas connaître de maladie des femmes nécessitant une opération chirurgicale. Et il y a dix ans, on n'aurait pas songé à opérer une appendicite : dans les deux cas, la malade aurait été abandonnée aux douleurs et à la mort. Cependant on ne doit pas trop se presser d'intervenir : les jeunes chirurgiens devraient toujours prendre l'avis d'un confrère plus âgé avant de recourir au bistouri.

LE Dr GEORGES E. FELL.

Le Dr Georges E. Fell, chirurgien bien connu à Buffalo n'est pas partisan des opérations téméraires et nous dit : « J'ai eu « nombre de cas dans ma clientèle où l'on avait conseillé une « opération importante, et où la guérison a été obtenue sans in- « tervention. » C'est très bien d'opérer quand on ne peut pas faire autrement, et quand il y a des chances de guérir ainsi le malade. Mais je proteste contre toutes ces opérations qui se font simplement dans le but d'augmenter sa statistique personnelle ou d'empocher de gros honoraires qu'on se fait donner par des gens qui ne connaissent rien à la question et qui vous confient la vie de leurs parents ou de leurs amis.

LE Dr T. W. RANKIN.

A Colombus, Ohio, les chirurgiens approuvent la campagne entreprise par le *Herald* contre l'abus des interventions chirurgicales. Le Dr T. W. Rankin pense qu'on opère beaucoup trop et que la laparotomie exploratrice, telle qu'elle est faite par beaucoup de chirurgiens, n'est pas toujours justifiable. Une doctrine plus conservatrice succédera sans doute à celle-ci, qui conseille de couper tout ce qui se trouve sous le bistouri.

LE Dr A. G. WILSON.

Le Dr A. G. Wilson est également d'avis qu'on ferait mieux de garder son bistouri dans sa poche. La réaction annoncée par le *Herald* est déjà en train de se faire, car des opérations qui se faisaient couramment hier ne sont plus conseillées aujourd'hui. Il n'y a pas longtemps encore on faisait à tout propos l'opération de Battey, mais heureusement pour les femmes elle appartient au domaine de l'histoire. Et un certain nombre d'autres opérations faites par les chirurgiens entreprenants ont perdu de leur renom. Il y a trop de spécialistes qui cherchent à acquérir quelque notoriété par l'usage du bistouri.

LE Dr W. T. ROWLESS.

Le Dr W. T. Rowless est tout à fait d'accord avec le *Herald*. « Ce qu'on fait de charcuterie inutile », nous dit-il, « dépasse l'imagination. » Beaucoup de chirurgiens font des incisions exploratrices pour trouver les tumeurs qui n'existent que dans leur cervelle, et ne trouvent rien naturellement. Par contre, il y en a qui attendent trop et demandent trop à la nature quand une opération opportune guérirait le malade. Il faudrait trouver un moyen terme.

« En matière de chirurgie exploratrice, les chirurgiens se sont avancés très loin, parce que l'antisepsie les protège contre les accidents. Mais ces interventions sont rarement justifiées. La statistique semble autoriser les grandes opérations qui se font si fréquemment à présent, mais la statistique peut nous égarer, car elle est généralement faite par des hommes qui opèrent dans les hôpitaux, où toutes les circonstances sont favorables. Lorsqu'un chirurgien s'appuie sur cette statistique pour faire les mêmes opérations en ville, les résultats sont loin d'être aussi bons. »

Opinion des chirurgiens de Buffalo.

Les chirurgiens de Buffalo sont unanimes à demander que les opérations ne soient faites que par des hommes de compétence et d'expérience, et ils refusent le nom de chirurgien à une quantité d'opérateurs ignorants et audacieux.

LE Dr JOHN PARMENTIER.

Le Dr John Parmentier, professeur d'anatomie à l'Université de Buffalo, s'est exprimé de la façon suivante : « Ce qui nous paraît trop hasardeux en chirurgie aujourd'hui, est le résultat des découvertes qui ont été faites dans ces cinq dernières années. Il est parfaitement vrai que beaucoup d'hommes qui ne devraient jamais avoir un bistouri à la main essaient d'imiter les maîtres de la chirurgie, et c'est sans doute à cause des résultats qu'ils obtiennent qu'on nous accuse de témérité dans nos opérations. Je crois que le fait que certains hommes obtiennent seulement des résultats médiocres en essayant de faire ce dont ils ne sont pas capables, ne devrait pas empêcher des hommes compétents de faire tout ce qu'ils peuvent pour sauver la vie de leurs malades. Il est injuste de juger la chirurgie d'après les actes de ces amateurs.

LE Dr HERMANN MYATER.

Le Dr Hermann Myater estime qu'il faut demander deux choses : d'abord que le chirurgien soit compétent, ce qui ne s'acquiert que par des études prolongées dans les grands hôpitaux chez nous et en Europe, et ensuite qu'il soit un homme de cœur ne faisant aux autres que ce qu'il voudrait qu'on lui fît. Je préférerais avoir une fracture ouverte des deux jambes si j'étais traité par un chirurgien compétent, bien au courant des pratiques antiseptiques, que d'avoir une fièvre typhoïde, une pneumonie ou autre maladie médicale sérieuse à mon hôpital, où nous ne faisons que des opérations abdominales, nous ne perdons qu'un demi pour cent de nos malades. On a fini par s'apercevoir qu'il faut s'adresser aux grands hôpitaux pour les opérations chirurgicales. Il saute aux yeux qu'un homme qui s'en occupe uniquement sera plus compétent qu'un autre qui n'en fait que de temps en temps. Et, un jour viendra où toutes les opérations seront faites à l'hôpital. Il est impossible de se tenir au courant de la chirurgie à moins de s'en occuper exclusivement.

LE Dr H. W. HEATH.

Le Dr H. W. Heath pense que la chirurgie de nos jours n'est pas trop agressive, mais qu'on fait certainement des opérations non justifiées. Mais la question des interventions restera toujours une question de personnes. Je ne crois pas que la chirurgie ait sacrifié autant de vies que l'ignorance des médecins. L'influence de la chirurgie moderne a presque révolutionné la médecine. S'il y a une trop grande tendance à l'usage du bistouri, cela sera corrigé par les chirurgiens eux-mêmes. Un chirurgien audacieux dès le commencement de sa carrière, surtout s'il est plus ou moins ignorant, ne peut pas aller bien loin. Nous avons toutes raisons d'être fiers de la chirurgie moderne et surtout de la chirurgie américaine, laquelle, comme la chirurgie anglaise, est entreprenante, mais prudente. C'est surtout l'anesthésie qui a fait commettre tous ces abus du bistouri. Mais comme je vous le disais en débutant, c'est encore une question de personnes. Ce qu'un tel pourrait bien faire serait criminel de la part d'un autre.

LE Dr GEORGES A. HALL.

Le Dr Georges A. Hall, un des chirurgiens les plus éminents de Chicago, sans vouloir attaquer les chirurgiens en général, pense cependant qu'on opère trop. Il est absolument nécessaire de prendre le bistouri très souvent, car vous comprenez que la chirurgie a fait de grands progrès dans ces dernières années, et que nous opérons maintenant des cas que nous n'aurions pas songé à opérer il y a dix ans. Il y a bien des hommes complètement ignorants qui manient le bistouri. Mais je crois qu'en règle générale on peut dire que le chirurgien consciencieux n'intervient que dans le cas d'absolue nécessité, et pour le bien-être du malade.

Notre conclusion.

Nous n'ajouterons qu'un mot, c'est que devant tant d'opinions contradictoires il ne reste plus qu'à plaindre la situation des patients en attendant que la science et la pratique soient assez avancées pour qu'on puisse décider si une opération est ou non nécessaire. Quand viendra ce temps-là ? Jusque-là, ce qui nous paraît clair, c'est qu'on opère trop vite et trop facilement, et qu'en tout cas il vaut mieux ne pas s'en remettre exclusivement au chirurgien pour décider de l'opportunité d'une opération. C'est alors que le médecin, si dédaigné dans ces sortes de choses, pourra peut-être faire pencher la balance du côté de la conservation.

NOUVELLES

Nécrologie. — M. HARDY. — M. le prof. Hardy est mort à Paris, lundi dernier, 23 janvier, à 10 heures du matin. C'est une grande notoriété médicale qui nous quitte.

Louis-Philippe-Alfred Hardy, né à Paris, le 30 novembre 1811, a fait ses études médicales dans cette ville. Interne des hôpitaux de la promotion de 1832, dont nous ne connaissons plus vivant que M. Diday, de Lyon, il a été 1er prix de l'École pratique en 1834. Docteur en 1836, chef de clinique de la Faculté, service du prof. Fouquier en 1839, il fut nommé médecin des hôpitaux en 1840, et a passé successivement par Lourcine (1845), Bon-Secours (1846), Saint-Louis (1851) et a été nommé médecin honoraire en 1886, se trouvant alors à l'hôpital de la Charité. Hardy était agrégé dès 1847 ; il fut nommé titulaire de la chaire de pathologie interne en 1867 et professeur de clinique en 1873. Enseignement officiel ou enseignement libre, il n'a cessé de professer depuis 1851, jusqu'à sa mise à la retraite. Chargé d'un cours complémentaire officiel des maladies de la peau de 1863 à 1865, cours qui n'était que la suite de ses leçons cliniques libres à l'hôpital de 1853 à 1862, on peut répéter, comme il se plaisait à le dire, qu'il a enseigné la dermatologie à plusieurs générations d'élèves et de médecins.

Élève d'Alibert et de Biett, il a soutenu souvent les idées doctrinales de Bazin, mais son esprit est toujours resté ouvert à tous les progrès scientifiques. On l'a vu récemment, lorsqu'au Congrès de dermatologie qui eut lieu à Vienne, il fut acclamé président d'honneur du Congrès ; le discours éloquent qu'il prononça à cette époque est une page magistrale.

Voici les principaux travaux du prof. Hardy : *Traité de pathologie interne*, avec Béhier (1844-1853) ; *Leçons sur les maladies de la peau* (1858-1859) ; *Leçons sur les affections cutanées dartreuses* (1862) ; *Leçons sur la scrofule et les scrofulides* (1864) ; *Traité des maladies de la peau* (1864) ; *Clinique photographique de l'hôpital Saint-Louis*, avec Montméja (1867-1868) ; *Traité pratique et descriptif des maladies de la peau* (1886 : cet ouvrage est dédié à ses élèves. — On lui doit le traitement rapide de la gale.

Hardy, nommé membre de l'Académie de médecine en 1867, a présidé la Compagnie en 1883 et n'a cessé de prendre part à ses travaux d'une manière active, puisqu'il assistait à sa dernière séance du 17 courant. Professeur disert, remarquable, toujours utile, clair et précis, toujours heureux et toujours écouté, improvisateur, clinicien sagace et d'une probité professionnelle incontestée, consultant des plus appréciés, M. Hardy, malgré ses 81 ans, meurt jeune et sera universellement regretté par tous les parents, amis, collègues et élèves qui le perdent.

Les obsèques de M. Hardy ont eu lieu le mercredi 25, à midi. Une affluence considérable y assistait. Aucun discours n'a été prononcé sur sa tombe, conformément à son désir. — Dr A. DUREAU.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU 15 AU 21 JANVIER 1893

Fièvre typhoïde, 7. — Variole, 2. — Rougeole, 8. — Scarlatine 3. — Coqueluche, 16. — Diphtérie, croup, 32. — Affections cholériformes, 0. — Phtisie pulmonaire, 205. — Autres tuberculoses, 14. — Tumeurs cancéreuses et autres, 49. — Méningite, 27. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 60. — Paralysie, 7. — Ramollissement cérébral, 16. — Maladies organiques du cœur, 94. — Bronchite aiguë et chronique, 105. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 166. — Gastro-entérite des enfants ; Sein, biberon et autres, 47. — Fièvre et péritonite puerpérales, 4. — Autres affections puerpérales 1. — Débilité congénitale et vices de conformation, 40. — Sénilité, 46. — Suicides et autres morts violentes, 26. — Autres causes de mort, 182. — Causes inconnues, 7. — Total : 1256.

Le Rédacteur en chef et gérant : F. DE RANSE.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame. — *Téléphone*.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Rédacteur en chef : M. le Dr F. DE RANSE

Comité de Rédaction : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN

J. ARNOULD (de Lille), P. FABRE (de Commentry), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon)

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, avenue Montaigne (Rond-Point des Champs-Élysées)

CLINIQUE MÉDICALE

DE L'ORCHITE GRIPPALE

Par le Dr Fiessinger (d'Oyonnax).

A ceux qui s'étonneraient du nombre de complications que nous décrivons successivement dans la grippe, nous répondrons que cette maladie ne cesse de régner dans la petite ville où nous habitons : sur les centaines d'observations que nous recueillons depuis de longues années, il n'est pas étonnant que de temps à autre nous découvrions un signe peu décrit.

La grippe dont nous nous occupons n'est pas l'influenza ou grippe épidémique ; nous ne parlons que de la grippe endémique reparaissant à chaque changement de saison, naissant spontanément et se propageant peu par contagion. Cette grippe endémique affecte une certaine prédilection pour les enfants, tandis que l'influenza se réserve plus particulièrement aux adultes ; la similitude clinique s'impose entre les deux maladies ; nous avons établi ce fait dans le mémoire (1) que nous avons adressé à l'Académie. Ce qui différencie la grippe endémique de l'influenza, ce ne sont pas les symptômes, c'est l'épidémiologie. Tout le monde a souvenir de cette influenza tapageuse de 1889 apportée comme par un coup de vent et s'abattant sur la France dans un tourbillon de contagiosité. La grippe endémique se livre moins à de pareils éclats épidémiques ; elle rayonne rarement autour de ses victimes ; elle est parfois si modeste d'allures que les ouvrages classiques ne la mentionnent pas. F. Widal (1) la considère sans doute comme une quantité négligeable puisqu'il ne lui concède que trois lignes dans le *Traité de médecine*.

Malgré le silence qui pèse sur elle, la grippe endémique revendique avec ténacité son droit à l'existence ; elle réclame une description au même titre que le choléra nostras comparé au choléra asiatique.

Toutes les complications de la grippe dont nous avons entretenu les lecteurs de la *Gazette médicale* appartenaient à la grippe endémique. La tuméfaction parotidienne (2), les manifestations rénales (3), la congestion pulmonaire chronique ressemblant à la spléno-pneumonie de Grancher (4), l'endocardite infectieuse (5), la méningite spinale (6), la myélite aiguë (8), voilà certes un bagage de complications assez volumineux pour accorder quelque

(1) La grippe endémique et la grippe européenne. Mémoire récompensé par l'Académie de médecine, 1890.

(1) *Traité de médecine*, t. I, p. 803.
(2) *Gaz. méd.*, 30 mars 1889.
(3) *Gaz. méd.*, 1er juin 1889.
(4) *Gaz méd.*, 14 décembre 1889.
(5) *Gaz. méd.*, 12 septembre 1891.
(6) *Gaz. méd.*, 13 octobre 1890.
(7) *Gaz. méd.*, 17 septembre 1892.
(8) *Gaz. méd.*, 5 novembre 1892.

FEUILLETON

ÉLOGE D'ULYSSE TRÉLAT,

(Suite et fin) (1).

Trélat avait sa place marquée d'avance dans nos sociétés savantes ; il n'en est pas une qui ne fût heureuse de l'accueillir.

L'Académie de médecine lui ouvrait ses portes en 1874, et l'appelait en 1886, à l'honneur de présider ses séances. Il y marqua parmi les orateurs les plus écoutés. Ses discours, remplis de faits très étudiés, bien qu'en apparence improvisés, à la fois brillants de forme et de la plus haute valeur scientifique, sont des modèles.

Je n'ai pas besoin de vous rappeler longuement la part considérable prise par Trélat aux travaux de notre Compagnie. Membre titulaire de la Société de chirurgie depuis 1860, il fut successivement nommé par vous secrétaire annuel en 1864, secrétaire général en 1868, président en 1873. Il ne sollicita l'honorariat qu'en 1886, et n'en resta pas moins assidu à nos séances. Ce fut comme secrétaire général qu'il fut appelé à prononcer devant vous l'éloge de Velpeau et celui de Laborie ; en ces deux circonstances, vos séances annuelles furent vraiment des jours de fête. L'éloge de Velpeau, en particulier, est un morceau bien fait pour décourager ceux que votre confiance appelle à un poste illustré de telle façon.

Jusqu'à la fin, il demeura parmi nous. C'est le 12 mars 1890, qu'il prenait pour la dernière fois la parole, à cette place où nos yeux le cherchent encore. Quinze jours plus tard, nous avions la douleur d'apprendre qu'il n'était plus.

Trélat fut encore un membre actif de la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle. Comme il le disait lui-même en occupant, en 1885, le fauteuil de la présidence de cette société, de nombreux liens le rattachaient à elle : « Souvenirs anciens et vénérés de l'éducation paternelle, premiers

(1) Voir le précédent numéro.

importance à la maladie qui les réclame comme sa due propriété.

— Nous ajoutons aujourd'hui à cette nomenclature un accident que nous n'avions pas encore signalé : l'orchite grippale.

On ne s'étonnera pas de rencontrer l'orchite au cours de la grippe ; on connaît les orchites des oreillons, des amygdalites, de la variole, de la scarlatine, de la fièvre typhoïde, etc. ; rien d'extraordinaire à ce qu'elle fasse également de l'orchite, cette grippe endémique qui est une maladie infectieuse due, d'après nos recherches (1), aux microorganismes peu spécifiques des amygdalites.

L'orchite grippale n'est pas chose fréquente ; nous ne l'avons observée qu'une fois sur un enfant de 9 ans ; encore est-ce le père de l'enfant qui a attiré notre attention sur le scrotum tuméfié du petit malade ; sans cet avertissement préalable, cette complication ne se serait pas imposée à notre examen et nous nous demandons si elle ne nous a pas échappé dans d'autres circonstances.

L'enfant porteur de cette complication était atteint d'une grippe à forme typhoïde. M. le prof. Lemoine (2) et son élève Delezenne (3) ont parlé récemment de cette forme de grippe dont le diagnostic avec la fièvre typhoïde ne laisse pas que d'être assez ardu. Soit dit en passant, toutes les grippes qui se prolongent au delà de leur durée normale ne se compliquent pas de cet état typhoïde ; elles peuvent s'éterniser pendant plusieurs semaines sans entraîner ces phénomènes de perturbation nerveuse (ataxie, adynamie) si fréquents dans la forme typhoïde ; ces grippes bénignes, mais interminables, s'obstinent à reculer leur guérison jusque vers le vingt-cinquième jour, ou même davantage, mettant en échec la perspicacité du clinicien qui, devant le peu de gravité des symptômes, opine pour une terminaison beaucoup plus précoce. A ces grippes que nous avons simplement appelées « grippes prolongées » nous avons consacré un chapitre dans un de nos mémoires (1).

(1) *Nouvelles recherches sur la pneumonie et la grippe endémique*. Mémoire récompensé par l'Académie de médecine, 1892.

(2) *De la grippe à forme typhoïde*, par le prof. Lemoine. (*Semaine médicale*, 12 octobre 1892.)

(3) *Etude clinique de la grippe à forme typhoïde*, par G. Delezenne. (*Revue de médecine*, octobre 1892.)

Mais notre malade actuel était atteint plus que d'une grippe à forme prolongée ; l'intensité des phénomènes généraux (perte de connaissance, cris, gémissements), les troubles digestifs (diarrhée, ballonnement du ventre), les taches rosées, les râles dans les bronches, cette réunion de symptômes jointe à une fièvre qui pendant plusieurs jours dépassait 40°, tout cela évoquait l'idée de fièvre typhoïde. Deux raisons nous empêchaient d'accepter ce diagnostic ; en premier lieu la fièvre typhoïde était absente de la région ; l'enfant malade n'était pas sorti de chez lui, il n'avait subi aucun contact infectant, et la grippe régnait dans l'endroit sous les formes que nous avions appris à connaître depuis longtemps. Le second motif qui nous faisait rejeter l'idée de fièvre typhoïde était tiré du tracé thermique. Le cinquième jour la température baissait et descendait à 38° ; le sixième jour elle était tombée à la normale (37°) : de semblables rémissions ne s'observent guère dans la fièvre typhoïde ; par contre elles sont familières à la grippe.

Il n'est pas indifférent d'insister sur ce diagnostic différentiel, l'orchite étant une complication connue dans la fièvre typhoïde, tandis que personne que nous sachions n'avait encore parlé de l'orchite grippale.

Après cette rémission fébrile dont la durée avait été de vingt-quatre heures, voici donc le thermomètre qui remonte au-dessus de 40°, et la maladie qui s'engage dans la voie classique, avec son cortège d'accidents nerveux, abdominaux et thoraciques.

Le onzième jour apparaît l'épanchement dans la vaginale du côté droit ; le scrotum est épaissi, œdématié, luisant ; la pression en est fort douloureuse ; le testicule n'est pas accessible à la palpation ; on ne le retrouve que cinq jours plus tard alors que la collection liquide est en voie de disparition ; à cette période le testicule et l'épididyme semblent sains ; mais cette constatation n'est possible que pour quarante-huit heures ; passé ce délai, l'épanchement et l'œdème reparaissent ; la fluctuation est ma-

(1) *La grippe infectieuse à Oyonnax*. Récompensé par l'Institut et l'Académie de médecine. Doin, édit., 1889, p. 60.

---

travaux personnels, vif intérêt, ou mieux passion pour l'amélioration de notre race et le développement de notre puissance nationale. »

Ceux qui approchaient Trélat ne se sentaient pas de prime abord attirés vers lui. Son accueil n'avait rien d'avenant. Je me souviens de l'impression de respectueuse crainte que je ressentis lorsque, jeune élève en médecine, je fus pour la première fois mis en sa présence. Je le revois tel qui m'apparut alors, les traits fortement accusés, l'œil perçant, scrutateur, caché sous des sourcils noirs et fournis, le front chargé de rides volontaires, la bouche s'avançant en une moue menaçante, que dissimulait mal — qu'accentuait bien plutôt — une barbe courte, soignée, mais abondante, contribuant à donner à l'ensemble un aspect sombre et sévère.

Je ne soupçonnais pas, alors, mais je sus bientôt ce que cette apparence un peu farouche cachait de douceur et de bonté. Et, cependant, bon plutôt qu'aimable, plus soucieux de suivre le chemin qu'il s'était tracé que de chercher à plaire, sachant ce qu'il valait, supportant mal qu'on parût en douter, Trélat ne fut pas de ceux qui s'entourent d'amitiés faciles.

Celles qu'il détermina n'en furent que plus solides. On le vit bien, le jour qu'il disparut. Au concert de louanges qui s'éleva de toutes parts se joignit un cri de douleur. Pouvaient-ils ne pas le pleurer, ceux qui avaient su trouver en lui, comme le disait l'un d'eux, et non le moins éloquent, « l'ami fidèle et qui ne variait pas... se donnant à ses amis, comme il se donnait à ses élèves, de la totalité de son âme aimante » ?

Trélat fut aimé. Peut-être fut-il plus encore admiré. Il était difficile, en effet, de le voir de près, et surtout de l'entendre, sans être sous le charme.

Possédant une instruction des plus variées, toujours au courant, il était prêt à tenir tête à ses interlocuteurs, quel que fût le terrain sur lequel il était conduit. Arts, sciences, littérature, politique, questions sociales, rien ne lui semblait étranger.

nifeste, la douleur vive au toucher. Ce retour des accidents s'installe pour une nouvelle durée de sept jours, à laquelle fait suite une deuxième accalmie temporaire; nous sommes à ce moment au 4 janvier, date qui marque le vingt-troisième jour de la grippe; le testicule et l'épididyme, dégagés de la couche liquide qui en noyait les contours, ne présentent pas d'altération appréciable; la convalescence s'établit. Mais tandis que l'état général s'améliore, une troisième poussée inflammatoire prend position dans la vaginale; et l'épanchement de liquide distend le scrotum comme le premier jour. Cela dure une semaine et la guérison s'opère pour la troisième fois, non sans laisser quelques lésions derrière elle. L'épididyme trouvé sain lors des deux premières rémissions inflammatoires, ne l'était plus après la troisième; la queue, le corps et la tête de l'organe étaient durs, tuméfiés, plus volumineux certainement que l'épididyme du côté sain. Quant au testicule lui-même, il paraissait normal.

En résumé il s'agit d'une vaginalite à rechutes, au cours d'une grippe fort grave, chez un garçon de 9 ans. Les deux premières poussées inflammatoires de cinq et sept jours de durée n'avaient pas laissé de traces apparentes sur l'épididyme; la troisième vaginalite survenue pendant la convalescence se prolongea huit jours et évolua à côté d'un épididyme dur et tuméfié, le testicule restant indemne.

Les congestions si fréquentes vers les différents organes des grippés ont retenti sur l'épididyme de notre petit malade; elles ont fini par amener une altération de cet épididyme dont chaque poussée fluxionnaire provoquait un épanchement dans la séreuse adjacente.

OBSERVATION

Garçon de 9 ans : Grippe à forme typhoïde; à partir du onzième jour, trois poussées de vaginalite durant cinq, sept et huit jours; après la troisième vaginalite, l'épididyme est trouvé dur et volumineux. Les deux premières vaginalites s'étaient opérées au cours de la grippe; la troisième se produisit pendant la convalescence survenue le vingt-troisième jour de la grippe.

J... (Louis), âgé de 9 ans, est un petit garçon d'ordinaire bien portant, qui tombe malade le 13 décembre 1892. Quelques cas de grippe sévissent à cette époque dans Oyonnax, en même temps qu'une épidémie de scarlatine bénigne. Pas de fièvres typhoïdes dans la région.

L'enfant s'alite avec des douleurs dans les reins et à la tête. Il tousse et a du coryza. Le 14 décembre, il saigne du nez. Les nuits sont agitées.

Le 16. T. s., 39°. Point du côté gauche; les bronches sont libres; on ne constate pas de lésion pulmonaire ou pleurale; il existe de la diarrhée fétide avec selles sanguinolentes; la langue est blanche. L'enfant délire.

Prescription : Potion avec 35 centigr. sulfate quinine.

Le 17. T. m., 38°,9; s., 40°,1. Le ventre est ballonné; la diarrhée persiste avec selles sanguinolentes. Des sibilances sont perçues dans les bronches.

Prescription : On ajoute 1 gr. de salicylate de bismuth à la potion de quinine; thé au rhum.

Le 18. T. m., 39°; s., 38°. P. m., 116°. Les nuits sont très agitées: l'enfant se débat, pousse des cris et des gémissements continus; des râles humides encombrent la base du poumon droit; l'enfant urine sous lui et a des selles involontaires; la connaissance est perdue.

Prescription : Potion avec 1 gr. 50 extrait quinquina et 20 centigr. musc.

Le 19. T. m., 37°; s., 40°,5; amélioration de courte durée dans la matinée; l'intelligence redevient plus nette.

Le 20. T. m., 40; s., 40°,2. P. m., 128°; s., 120. Lèvres fuligineuses; une demi-douzaine de taches rosées sont découvertes sur le ventre; les urines sont albumineuses; le météorisme abdominal ne permet pas de se rendre un compte exact du volume de la rate.

Prescription : Lotions d'eau vinaigrée fraîche toutes les trois heures.

Le 21. T. m., 40°,2; s., 40°,2; 3 à 4 selles involontaires et diarrhéiques dans les vingt-quatre heures; l'agitation est moindre, mais l'enfant ne pousse que des gémissements; la parole est perdue.

Le 22. T. m., 39°; s., 40°,1.

Le 23. T. m., 40°,1; s., 39°,3; le père de l'enfant nous fait *remarquer la tuméfaction des bourses chez le petit malade. Le scrotum est œdématié, épaissi, luisant; la vaginale est distendue par du liquide; le testicule est difficilement accessible à la pal-*

Parlerai-je de l'intégrité de Trélat, de sa probité, de son désintéressement? Peut-être ne serait-il pas nécessaire de rappeler qu'il possédait à un haut degré ces vertus cardinales du médecin, si nous ne vivions en un temps où faire fortune est, dit-on, pour quelques-uns, la préoccupation suprême, et où, parfois, pour atteindre le but, on ne se montre pas très scrupuleux sur le choix des moyens. Trélat ne connut aucune de ces défaillances. Et, par là encore, il nous laisse un salutaire et fortifiant exemple.

Il semble donc que rien ne manquait à Trélat pour réaliser le type de l'homme accompli. Intelligence de premier ordre; possédant à fond les secrets de la science et les procédés de la pratique; ouvert aux sensations et aux plus hautes jouissances de l'art; orateur incomparable et causeur charmant; maître aimé, écouté, recherché par tous, ayant à ses côtés, vous me permettrez de le dire, une compagne digne de lui, ferme soutien et guide sûr dans les jours difficiles, grande artiste, elle aussi, et maîtresse dans son art, et deux enfants qui ne lui donnaient que de la joie, — son sort n'était-il pas de tous points enviable? ne devons-nous pas, en déplorant sa disparition avant l'heure, reconnaître au moins que les jours qu'il passa sur cette terre furent ceux d'un homme heureux?

Et pourtant Trélat ne fut pas un heureux.

« Sa nature inquiète, disait de lui un ami qui le connaissait bien, toujours en quête du mieux, lui avait refusé cette sereine philosophie, qui n'attend de la vie que ce qu'elle peut donner. » Il aspirait toujours plus haut pour lui-même, pour les siens, pour son pays, et souffrait de voir la réalité répondre si mal à ses désirs. Plaignons-le, Messieurs, ne le blâmons pas. « La nature de l'homme, a dit un grand écrivain contemporain, est composée d'aspirations infinies que notre condition présente ne peut satisfaire. » Bien peu ont le sentiment et le souci de cette impuissance. Les âmes bien nées, éprises d'idéal, connaissent seules d'aussi nobles tourments. Trélat appartenait à cette élite.

pation; il semble sain ainsi que l'épididyme; l'examen est rendu très pénible par la douleur qu'il entraîne. L'enfant gémit dès qu'on touche le scrotum.

On applique des cataplasmes de farine de lin sur les parties enflammées.

Le 24. T. m., 39°,2; s., 39°,8. Il existe une certaine raideur du tronc; quand on cherche à asseoir le malade, le bassin fléchit difficilement sur les cuisses, et le malade se lève d'une pièce; mais au bout de quelques secondes, cette raideur disparaît; on ne constate pas de douleur à la pression des vertèbres; les selles involontaires persistent.

Le 25. T. m., 39°; s., 39°,6. P. m., 116. *Le scrotum reste très œdématié; sa pression arrache des cris à la somnolence de l'enfant; l'épanchement dans la vaginale semble augmenter.*

On ne retrouve plus le testicule perdu au milieu de l'épanchement.

Le 26. T. m., 38°,1; s., 39°,5. Les nuits sont calmes; la pression du scrotum semble moins douloureuse.

Le 27. T. m., 38°,7; s., 39°,9. P. m., 116. *Le scrotum reste œdématié; mais l'épanchement dans la vaginale a presque disparu et le testicule et l'épididyme ne révèlent pas d'altération appréciable.* Des sibilances et des râles humides sont perçus dans les bronches.

Le 28. T. m., 38°,9; s. 39°6. P. m., 112. *L'œdème scrotal a disparu.*

Le 29. T. m., 38°,8; s., 39°,2. P. m., 100. Le ballonnement du ventre qui avait diminué a augmenté depuis la veille; en même temps *on assiste au retour de la vaginalite; l'épanchement dans la vaginale et l'œdème scrotal reparaissent; le testicule redevient difficile à saisir.* Les râles de la poitrine sont plus fins, surtout à la partie moyenne et en arrière du poumon gauche. On applique des cataplasmes sinapisés sur le thorax.

Le 30. T. m., 37°,8; s., 39°,4. P. m., 104. L'enfant ne se salit plus sous lui et les lavements ramènent des matières semi-liquides. *L'épanchement dans la vaginale donne au scrotum le volume d'un petit œuf de poule; la fluctuation est manifeste.* Malgré la chute matinale de la fièvre, l'enfant continue de ne pas proférer une parole et pousse des gémissements de temps à autre.

Le 31. T. m., 37°,3; s., 39°,2.

Le 1er janvier. T. m., 37°,4; s., 37°,8. P. m., 108.

Le 2. T. m., 36°,8; s., 38°. P. m., 104. Les râles disparaissent des bronches; le météorisme abdominal se dissipe; *l'épanchement dans la vaginale reste stationnaire.*

Le 3. T. m., 36°,5; s., 37°,7. Nuit très agitée; cris et gémissements.

Le 4. T. m., 36°,3.

L'épanchement a rétrocédé; *le testicule et l'épididyme continuent de ne pas présenter d'altération appréciable;* la connaissance revient et l'enfant tire la langue quand on le lui demande; il sourit quand on lui parle. On commence l'alimentation solide.

Le 6. *Brusquement sans qu'on en découvre le motif, l'épanchement dans la vaginale a reparu.* La température reste normale.

Le 9. L'épanchement diminue et le testicule redevient perceptible à la palpation; *l'épididyme est dur, volumineux, tuméfié, douloureux,* le testicule semble sain et de grosseur normale.

Le 14. L'épanchement a disparu. *L'épididyme reste tuméfié et dur* (queue, corps et tête). L'enfant se lève et a repris tout son entrain.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

LEÇONS SUR LA PHYSIOLOGIE ET LA PATHOGÉNIE DE LA DESTRUCTION DU SANG,

Par WILLIAM HUNTER,
M. D. Edin., M. R. C. P. Lond., etc.,
Médecin assistant du London Fever Hospital.

Suite (1).

LES REINS.

Le foie, la rate et la moelle rouge des os sont donc les trois sièges où l'on peut trouver le pigment sanguin en proportions variées dans les conditions de santé et de maladie, indépendamment de la congestion ou de l'extravasation. Il est un autre organe toutefois, où l'on peut aussi, d'après mes expériences, trouver ce pigment sanguin, non point cependant à l'état de santé, mais seulement à l'état morbide, et cela très rarement. Cet organe est le rein. Je ne veux point parler ici de l'hémoglobine ou des cylindres hématiques que nous trouvons naturellement dans le rein, par exemple, dans l'hémoglobinurie paroxystique; j'entends parler du pigment sanguin proprement dit, partie sous forme de granulations, partie sous forme diffuse, occupant une situation bien définie, c'est-à-dire les cellules des tubes contournés. Je vous montre en ce moment une coupe d'un rein, dans un cas où existaient des conditions morbides, où vous noterez les caractères particuliers et la situation du pigment, et aussi sa grande abondance. Les granulations sont de dimensions uniformément minimes, et présentent des caractères analogues à celles que l'on voit dans les cellules du foie dans la même affection, l'anémie pernicieuse. Je me suis étendu davantage sur les particularités de ce pigment et sur les conditions dans lesquelles on le constate, dans un travail intitulé : « De l'excrétion du pigment sanguin dans l'anémie pernicieuse. »

LE PIGMENT SANGUIN EST UNE ÉVIDENCE DE L'HÆMOLYSIS.

Quelle interprétation devons-nous tirer des faits qui viennent d'être rapportés? Je me suis étendu quelque peu longuement sur le sujet, notant, particulièrement, pour le foie, le résultat de mes observations sur la situation précise du pigment, sur la différence des caractères microscopiques de ce pigment dans des circonstances diverses, et sur les états dans lesquels il se manifeste dans l'une ou l'autre situation. Je l'ai fait avec intention, car c'est par une étude de ces différents points que j'ai été amené à certaines conclusions importantes, touchant la signification qu'on doit attacher au pigment sanguin comme indiquant une destruction du sang.

On a cru généralement, jusqu'ici, que la présence du pigment sanguin (exception faite bien entendu de l'extravasation ou de la congestion) dans des organes comme le foie ou la rate, n'est pas seulement une évidence de quelque

(1) V. *Gazette médicale*, nos 1 2 et 4, 1893.

destruction antérieure du sang, mais qu'aussi la proportion de ce pigment indique la proportion dans laquelle s'est faite cette destruction. Toutes choses égales d'ailleurs, plus la quantité de pigment est considérable, plus a dû être grande la destruction antérieure. Telle était l'opinion que je partageais moi-même au début de mes recherches. Un des résultats de ces investigations a été de me démontrer, ainsi que je cherche maintenant à vous le démontrer, à votre tour, que cette façon de voir est bien loin d'être la vérité. Bien au contraire, la signification qu'on doit, selon moi, attacher au pigment sanguin comme preuve d'hæmolysis, varie beaucoup sous des circonstances différentes. Sa présence peut indiquer non point une destruction accrue, mais au contraire une destruction amoindrie; tandis que l'absence de pigment est non seulement compatible avec une destruction augmentée, mais même mettre sur la voie d'un tel état. Si nous devions borner notre étude aux mammifères bien portants, nous pourrions presque dire que le degré de la destruction du sang est fréquemment inversement proportionnel à la quantité de pigment sanguin présent, par exemple, dans la rate. Sa signification dépend réellement beaucoup moins de sa quantité que de ses caractères et de sa situation, lesquels contiennent une indication précieuse sur la nature des modifications qui ont eu lieu dans le sang. Une opinion basée sur la quantité seulement, et ne tenant point compte des caractères et de la situation du pigment sanguin, peut conduire à des conclusions entièrement erronées en ce qui concerne le degré de ces modifications destructives.

DESTRUCTION ACTIVE ET PASSIVE DES GLOBULES ROUGES

A la suite d'une étude approfondie sur les caractères et la distribution du pigment sanguin en divers états de santé et de maladie, j'ai été amené à distinguer nettement deux processus de destruction du sang, chacun d'eux pouvant conduire à la formation du pigment sanguin, et caractérisé par des modifications différentes dans les globules rouges.

Le premier d'entre eux est marqué par une déchéance graduelle des globules rouges. Gardant jusqu'à la fin leur forme et leur hémoglobine, ils sont, en dernier lieu, repris individuellement par les cellules actives de la rate ou les leucocytes du sang et accumulés dans la rate ou dans les capillaires du foie. Dans l'intérieur de ces cellules leur hémoglobine se transforme en pigment sanguin, et le pigment ainsi formé est caractérisé généralement par des variations de volume des granulations, par les dimensions parfois considérables de ces dernières qui peuvent garder, ainsi qu'on le voit dans certains cas, le volume du globule rouge originaire. C'est ce processus qui aboutit à la formation des particules les plus importantes et des masses de pigment que je vous ai montrées dans les capillaires du foie des grenouilles, des oiseaux et des mammifères, et aussi dans la rate des vieux mammifères et après la transfusion. Les points particuliers à noter au sujet de ce processus sont que la totalité de l'hémoglobine du globule est convertie en pigment sanguin et que le pigment ainsi formé ne se trouve jamais dans l'intérieur des cellules hépatiques. Les conditions favorables pour un tel genre de mort des globules rouges sont pour la plupart négatives. Ce sont celles qui relèvent de l'âge avancé, de l'abstinence alimentaire, du manque d'exercice, celles, en somme qui impliquent nécessairement une inactivité relative des cellules du corps, et par suite, très probablement, une absence relative de toute grande modification dans les autres parties constituantes du sang, le plasma et les leucocytes. Ces changements dans le globule rouge impliquent également une absence de toute influence, dans le plasma du sang, capable de nuire au globule rouge. Le rôle du plasma et des leucocytes, en intervenant dans ces changements, est absolument passif; il s'ensuit que ce mode de mort du globule rouge peut être décrit, ainsi que j'en ai déjà émis l'opinion, comme une destruction *passive* des globules rouges, si on la considère par rapport au rôle qu'elle joue dans le sang pris comme un tout, ou *chronique* si on se met au point de vue de sa lenteur.

Le second processus est marqué par une série de phénomènes bien différents. Le premier d'entre eux est une mise en liberté de l'hémoglobine du globule. Elle devient libre dans le sang et peut, comme dans l'autre cas, pour ainsi dire, être reprise par les cellules de la rate ou les leucocytes du sang. S'il en est ainsi, l'hémoglobine est aussi transformée en pigment sanguin; mais ce pigment peut, ainsi que je vous l'ai montré, être aisément distingué par certains caractères de celui qui a été produit par destruction passive, c'est-à-dire par les dimensions moindres et plus uniformes de ses granulations. La fin habituelle de l'hémoglobine ainsi mise en liberté dans le plasma n'est pas cependant d'être reprise par les cellules ordinaires; mais d'être transportée jusqu'au foie et de subir dans l'intérieur des cellules hépatiques une série de transformations qui diffèrent dans le détail et dans les résultats de celles qui ont lieu dans les cellules ordinaires. Le résultat principal consiste en une formation de pigment biliaire et non point de pigment sanguin. Une formation de pigment sanguin ne suit pas nécessairement, dans mon opinion, la destruction de l'hémoglobine opérée par les cellules du foie. C'est à ce point de vue que la formation du pigment sanguin, dans le cas actuel, diffère surtout de celle que l'on observe dans la destruction passive. Ici toute l'hémoglobine est transformée en pigment sanguin; dans le processus que nous étudions maintenant, au contraire, l'hémoglobine peut ne donner lieu à aucune trace de pigment sanguin. Le sort de l'hémoglobine n'est donc point, ainsi que je l'ai déjà dit, d'être nécessairement convertie en pigment sanguin. Si tel est le cas cependant, ainsi qu'on le constate évidemment à la fois en l'état de santé (oiseaux et mammifères) et, d'une façon beaucoup plus accusée, en l'état morbide (anémie pernicieuse, agents toxiques), il n'y a qu'une partie de la molécule d'hémoglobine qui soit transformée en pigment sanguin et le pigment qui en résulte se distingue par les caractères déjà décrits, c'est-à-dire les petites dimensions et l'uniformité de volume de ses granulations. Le pigment ainsi formé est le seul que l'on trouve dans les cellules hépatiques.

Une telle mise en liberté de l'hémoglobine des globules rouges implique évidemment certaines conditions du plasma défavorables à leur conservation, c'est-à-dire, pendant l'état de santé, la digestion, et pendant l'état de maladie, l'action des poisons. Le point important à mettre en lumière est que la mise en liberté de l'hémoglobine du globule rouge signifie l'existence de modifications dans le plasma défavorables au globule rouge, aussi évidemment que la mort graduelle de ce globule signifie le contraire. Le rôle du plasma (et par implication celui des leucocytes et des autres

cellules, qui sont les agents de contrôle de la constitution du plasma) est ainsi aussi actif dans le processus qu'il était passif dans le premier. Et par suite, cette forme de destruction du globule rouge pourrait parfaitement être décrite comme une destruction *active* des globules rouges, si on la considère par rapport au rôle du sang pris comme un tout, ou *aiguë*, si on se met au point de vue de sa rapidité.

Ce que je viens de dire est l'expression des vues que j'ai formées sur les deux processus de formation du pigment sanguin. Nous sommes donc amenés à reconnaître que deux processus diamétralement opposés ont lieu dans le sang et conduisent à sa formation, l'un d'eux s'effectuant sans que le plasma et les leucocytes du sang interviennent pour quoi que ce soit (destruction passive), le second, au contraire, faisant jouer un rôle actif à ces éléments (destruction active). L'objet de notre étude étant de définir les causes qui affectent le sang pris dans sa totalité, et non point l'un seulement de ses éléments, il devient évident que le processus qui comprend ce que j'ai qualifié de « destruction active » du globule rouge, est le seul qui mérite, à juste titre, le nom d'hæmolysis, puisque seul il affecte le sang dans sa totalité. J'ai montré, en effet, que le processus « passif » n'est point accompagné de phénomènes concernant le sang en général ; et ce terme même signifie l'absence de tels phénomènes. Ce sont donc les modifications connexes à la destruction active des globules rouges qui méritent spécialement notre attention. Il vous est maintenant facile de voir de quelle signification variable peut être la proportion de pigment sanguin, en dehors de ses caractères et de sa situation, en tant qu'indication de l'hémolysis. C'est qu'en effet, la destruction passive des globules rouges conduit à la transformation de la totalité de l'hémoglobine en pigment sanguin, et à son emmagasinement dans le système sous sa forme permanente, tandis que, d'autre part, une destruction active, amenant la mise en liberté de l'hémoglobine dans le plasma, favorise sa diffusion et sa réfection de l'économie par des transformations, principalement par l'intermédiaire des cellules hépatiques, qui peuvent n'avoir rien à voir avec la production de pigment sanguin.

Cette conclusion en découle que l'hémolysis peut n'être associée à aucune formation de pigment sanguin ; et par suite, l'absence de ce pigment chez les jeunes mammifères sains est tout à fait compatible, ainsi que je vais vous le montrer, avec une hémolysis quotidienne extrêmement prononcée.

Vous ayant ainsi expliqué que les preuves tirées de l'étude : 1° du pigment biliaire et 2° du pigment sanguin, se rapportent à une destruction de l'hémoglobine et par suite du sang, selon toute probabilité, la question suivante se pose : combien souvent et dans quelle proportion a lieu cette destruction à l'état sain ?

Nos connaissances, actuellement, se résument à ceci : qu'il existe une relation étroite de cause à effet, entre certains pigments excrétés chaque jour du corps dans les urines, et la bile et l'hémoglobine ; que le pigment sanguin évidemment dérivé du sang se trouve parfois dans certains organes du corps ; que la proportion de ce pigment varie beaucoup dans des conditions encore mal connues ; que lorsqu'il existe il signifie, sans aucun doute, une destruction plus considérable de sang que lorsqu'il est absent ; que puisque sa présence n'est point constante, même chez le même animal, on n'en peut tirer aucune conclusion sur la fréquence ou la constance d'un processus de destruction du sang ; qu'en conséquence, et en somme, il n'existe aucune raison de conclure qu'aucune destruction du sang n'a lieu, sauf dans certaines circonstances exceptionnelles, telles que la malaria et l'hémoglobinurie paroxystique.

(*A suivre.*)

CHIMIE PHYSIOLOGIQUE

SUR LE POUVOIR PEPTO-SACCHARIFIANT DU SANG ET DES ORGANES (1).

Par M. R. LÉPINE.

Dans une note précédente (*Comptes rendus*, 8 août 1892), j'ai signalé le fait que, si on laisse, *in vitro*, à la température de 56°-58° C., du sang en contact avec 1 p. 100 environ de son poids de peptone pure, il se produit, au bout d'un temps très court (beaucoup moins d'une heure), une certaine proportion de sucre aux dépens de la peptone (environ 1/10 du poids de cette dernière). Ce sucre peut être caractérisé par les moyens ordinaires, notamment par la fermentation, après précipitation des matières albuminoïdes du sang et concentration de la liqueur sucrée. L'expérience réussit soit avec du sang préalablement défibriné, soit avec du sang tombé directement de l'artère dans un ballon renfermant du sable, immergé dans le bainmarie, et que l'on défibrine par l'agitation. Elle réussit aussi à toute température inférieure à 60° C., même à une température voisine de 0°, mais on n'obtient pas alors le maximum du sucre, parce que la saccharification est moins active à basse température, et surtout parce que, au-dessous de 55° C., la glycolyse intervient d'autant plus activement que la température est plus élevée.

Si l'on fait tomber du sang dans plusieurs parties d'eau à 56°-58° C., on trouve qu'il se fait en peu d'instants une notable production de sucre, qui se continue, en s'affaiblissant, pendant un temps variable, une heure environ, de telle sorte qu'au bout de ce temps il s'est produit *au moins* 1 gr. de sucre par kilogramme de sang. Si l'on fait tomber le sang dans de l'eau froide ou tiède, il se produit aussi du sucre ; mais, avec une température *tiède*, cette production est compensée en grande partie par la glycolyse.

Il me paraît très vraisemblable que la production du sucre dans le sang, en présence de l'eau, est précédée de la production de peptone. On sait déjà que l'eau *chaude* peptonifie certains corps albuminoïdes, et cela me paraît d'autant plus probable que, dans le sang hydrémique d'un animal, ayant préalablement subi d'abondantes saignées, et renfermant, comme on sait, des peptones en notable quantité, il se produit, sans addition d'eau *in vitro*, à 56°-58° C., plus de 0 gr. 25 de sucre par kilogramme de sang, en moins d'une heure.

Si l'on fait macérer un certain temps (une heure, par exemple) dans trois ou quatre parties d'eau, même très froide, un organe ne renfermant pas de glycogène en quantité appréciable (rate, rein, par exemple), retiré aseptique-

(1) Communication faite à l'Académie des sciences.

ment du corps de l'animal et aussitôt haché à basse température, l'extrait aqueux ne renferme qu'en petite quantité des matières réduisant la liqueur de Fehling et qui, pour la plus grande part, *ne sont pas du sucre*. Si alors à cet extrait aqueux on ajoute une petite proportion de peptone et qu'on le porte à 56°-58° C. pendant une heure, il se produit une certaine quantité de sucre, variable suivant l'organe, etc. La réalité de la production du sucre est prouvée par la fermentation et l'épreuve de la phénylhydrazine. Ainsi l'extrait aqueux (ou glycérique) des organes renferme un *ferment* qu'on peut appeler *pepto-saccharifiant*.

Il est fort possible qu'au lieu d'être exclusivement localisée dans le foie, comme on a généralement de la tendance à le croire, la production du sucre dans l'économie se fasse dans beaucoup d'organes. On en aurait la preuve absolue si le dosage du sucre dans le sang des veines ou dans la lymphe des vaisseaux efférents de ces organes y décelait, au moins à certains moments, une proportion de sucre supérieure à celle du sang artériel (1). J'ajoute que rien ne prouve que le glycogène soit un intermédiaire nécessaire entre les matières albuminoïdes et le glucose.

REVUE DES JOURNAUX

UROLOGIE

I. — UN RÉACTIF D'UNE GRANDE SENSIBILITÉ POUR LA RECHERCHE DE LA MATIÈRE COLORANTE BILIAIRE DANS L'URINE, par le Dr H. ROSIN. (*Berliner Klin. Wochenschrift*, 1893, n° 5, p. 106.)

II. — SUR LA VALEUR EXACTE DU PROCÉDÉ DE NYLANDER POUR LA RECHERCHE DU SUCRE DANS L'URINE AVEC REMARQUES SUR LA PHÉNYLHYDRASINE CONSIDÉRÉE COMME RÉACTIF DE LA GLUCOSE DANS L'URINE HUMAINE, par C. KISTERMANN. (*Deutsches Archiv. für Klin. medicin.*, 1892, t. L, p. 423.)

I. — M. Rosin fait remarquer justement que l'utilité et la sensibilité d'un réactif destiné à mettre en évidence la présence de la matière colorante biliaire dans les urines se jugent surtout dans les cas où cette présence n'est pas attestée par d'autres signes, par la coloration ictérique des téguments et des conjonctives, la teinte argileuse des matières fécales. Or, dans ces conditions-là, les réactifs classiques, notamment le réactif de Tiedemann-Gmelin, se montrent souvent en défaut. Le meilleur de tous est le réactif de Gmelin, modifié par O. Rosenbach, et dont voici la technique :

On filtre une certaine quantité de l'urine à examiner ; sur le filtre encore humide, on dépose, à l'aide d'une baguette de verre, une goutte d'acide nitrique contenant des traces d'acide azotique fumant. Dans ces conditions, si l'urine est ictérique, il se forme un cercle polychrome, composé de raies concentriques présentant les teintes suivantes en allant de dedans en dehors : jaune, rouge, violet, bleu, vert.

L'apparition de ce cercle polychrome est en rapport avec l'oxydation de la matière colorante biliaire par l'acide azotique fumant. Or, nons disposons d'autres réactifs, susceptibles d'exercer cette même action oxydante, et de faire apparaître des teintes variées à la surface d'un papier-filtre imprégné de bilirubine ; ainsi, le chlore, le brome, l'iode, les solutions de perchlorure de fer, l'acide chromique, l'acide diazo-benzolsulfonique, etc.

L'attention de M. Rosin s'est portée d'une façon spéciale sur l'emploi de l'iode comme réactif de la bilirubinurie. Les recherches faites par l'auteur lui ont donné cette conviction que l'iode est un réactif de la bilirubine, d'une sensibilité supérieure à celle de l'acide azotique fumant, et d'un maniement des plus faciles, qui le met à la portée du premier praticien venu.

A vrai dire, cette propriété de l'iode, d'être un oxydant de la bilirubine qu'il transforme en une substance de couleur verte, avait été signalée dès 1869, par F. Maréchal (*Journal de pharmacie et de chimie*, 1869). Quelques années plus tard, W.-Q. Smith (*The Dublin Quarterly Journal*, 1876, p. 449), était revenu sur l'emploi de l'iode, proposé par Maréchal, comme réactif de la matière colorante biliaire dans l'urine. Maréchal conseillait d'additionner à l'urine, quelques gouttes de teinture d'iode officinale : la présence de la matière colorante biliaire était révélée par l'apparition d'une teinte verte. Plus tard, Gerhardt (*Sitzungsbericht der Würsburger Phys. medic. Gesellschaft*, 1881, n° 2) proposa le procédé suivant : traiter par le chloroforme les urines présumées ictériques ; agiter l'extrait ainsi obtenu avec une solution iodo-iodurée très diluée (jaune claire), qui ne contienne que très peu d'iode, de telle sorte que le chloroforme se colore à peine en rouge ; si ensuite on ajoute un peu de lessive de potasse, le chloroforme est décoloré et la lessive de potasse se colore en vert.

Pour le praticien, ce procédé est relativement compliqué. D'autre part, le procédé de Maréchal, quoique supérieur en sensibilité au réactif de Gmelin, se montre cependant en défaut, lorsque l'urine ne contient que de très faibles quantités de bilirubine. La teinte jaune de l'urine masque la faible quantité de biliverdine qui se forme par oxydation de la bilirubine et la présence d'un excès d'iode contribue encore à ce résultat.

C'est dans ces conditions que M. Rosin a été amené à imaginer la modification suivante du procédé de Maréchal, grâce à laquelle l'emploi de ce procédé permet de déceler des traces minimes de bilirubine dans une urine ictérique.

En ajoutant de l'alcool à la teinture d'iode officinale, M. Rosin prépare une teinture diluée, dont la teinte est assez semblable à celle du vin de Porto. Le mélange se fait à peu près dans la proportion de 10 cc. de teinture d'iode pour 100 cc. d'alcool. On verse dans un verre à réactif une quantité convenable de l'urine à examiner, puis, avec beaucoup de précaution on ajoute 2 à 3 cc. de la teinture d'iode diluée, en maintenant dans une direction oblique le verre à réactif qui contient l'urine ; il faut faire en sorte que la teinture d'iode surnage à l'urine. A la limite des deux couches de liquide, on voit apparaître, immédiatement ou au bout d'une minute au plus tard, un cercle vert gazon, qui persiste pendant des heures. Quand l'urine ne renferme pas de matière colorante biliaire, il se produit simplement, à la limite des deux couches liquides, une décoloration de la matière colorante normale de l'urine ; ou voit apparaître à ce niveau un cercle d'un jaune clair, presque décoloré.

Depuis neuf mois ce procédé de recherche a été mis à l'épreuve un grand nombre de fois à l'une des policliniques de l'Université de Berlin, il s'est révélé comme dépassant en sensibilité et en simplicité tous les réactifs connus, servant

(1) La plupart des expériences sur lesquelles est fondée cette note ont été faites avec l'aide de M. Metroz.

à la recherche des matières colorantes biliaires contenues dans les urines. Pour pouvoir le mettre commodément en pratique, il suffira au médecin de tenir en réserve une certaine quantité d'une solution alcoolisée au 1/10 de la teinture d'iode officinale.

II. — Le réactif de Nylander, pour la recherche du sucre dans l'urine (2 grammes de magister de bismuth, 4 grammes de sel de Seignette dans 100 cc. d'une solution de lessive de soude à 10 0/0; faire bouillir pendant dix minutes avec dix fois son volume d'urine) a été mis à l'épreuve dans 26 cas pathologiques, et, 13 fois, un résultat positif a été obtenu alors que certainement la matière sucrée contenue dans l'urine n'était pas de la glucose; en effet la réaction n'a pas été empêchée par le traitement préalable de l'urine avec de la levure. Sauf dans 2 cas, le poids spécifique de l'urine se maintenait entre 1020 et 1030.

Des résultats analogues ont été obtenus en expérimentant sur des urines provenant de sujets bien portants. Sur 25 urines traitées par le réactif de Nylander, 6 ont fourni un résultat positif, malgré qu'elles ne renfermassent pas de glucose.

Donc le procédé de Nylander a une valeur essentiellement négative. Lorsqu'après l'emploi de ce procédé la réaction se produit, cela ne prouve pas que l'urine contienne du sucre; mais quand la réaction ne se produit pas, c'est preuve que l'urine ne contient pas de matière sucrée. Très vraisemblablement les résultats positifs obtenus en expérimentant sur des urines qui ne renfermaient pas de matières sucrées étaient imputables à la présence de l'acide glycuronique.

Les mêmes conclusions s'appliquent à la valeur des autres réactifs dont l'emploi est basé sur le pouvoir réducteur de la glucose. Donc en principe on devra préférer, pour la recherche du sucre dans l'urine, les réactifs dont l'emploi n'est point basé sur le pouvoir en question, tel la phénylhadrazine. Or, ce dernier réactif n'a pas la sensibilité qu'on lui a attribuée. Son emploi ne permet pas notamment de distinguer les combinaisons formées par la phénylhydrazine et la glucose, des combinaisons formées par l'acide glycuronique.

E. Ricklin.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Leçons cliniques sur les maladies abdominales,

Par M. Zakharine, de Moscou.

Voici un livre dont le succès nous semble assuré, car il appartient à un genre de littérature médicale que les praticiens français apprécient particulièrement. C'est, en effet, une œuvre d'observation pure et qui, à ce titre, mérite l'attention bienveillante de tous ceux qui ont conservé le culte de la clinique. Ce sont des faits qui en forment la base, et c'est sur ces faits que l'auteur s'appuie à peu près exclusivement pour justifier les conclusions thérapeutiques applicables à tel ou tel cas particulier. Les théories n'y tiennent donc qu'une place secondaire, celle qu'elles doivent occuper pour ceux qui mettent les réalités au-dessus des hypothèses toujours discutables.

On voit que M. Zakharine s'est rappelé le précepte de M. Bernard qui, tout physiologiste qu'il était, n'hésitait pas à proclamer la supériorité de l'observation et attribuait volontiers à celle-ci le premier rang parmi les procédés d'investigation applicables à la connaissance de la nature des maladies. Cette préoccupation explique l'indépendance d'esprit dont il fait preuve, et qui lui permet de faire à l'occasion la critique de telle ou telle théorie hasardée, ou de telle méthode dont la rigueur apparente peut être interprétée souvent dans le sens de subtibilité et de fausse précision. C'est ainsi que, traitant des dyspepsies, il est arrivé à donner son avis concernant la valeur des procédés mis en usage pour doser le suc gastrique, procédés auxquels certains attachent tant de prix, qu'ils les déclarent volontiers indispensables pour le diagnostic et le traitement des maladies d'estomac.

M. Zakharine n'a pas de peine à montrer ce que cette dernière prétention renferme d'exagéré, et combien sont discutables les arguments que l'on invoque à l'appui. Certes la connaissance exacte du chimisme stomacal peut rendre de réels services, mais c'est chimère que de vouloir l'obtenir pour chaque cas particulier, surtout si l'on tient compte du temps nécessaire pour les manipulations, lequel est incompatible avec les besoins immédiats de la clinique. Le médecin russe se rapproche en ceci de l'opinion moyenne de ses confrères, qui persistent à croire que le diagnostic et le traitement des dyspepsies sont affaire d'expérience et de tact, bien plus que des opérations de laboratoire.

L'étude des affections abdominales, dans le livre de M. Zakharine, trouve son corollaire dans une étude très poussée de l'emploi des eaux minérales, de leur mode d'action et de leurs indications. Il y a beaucoup à apprendre dans les leçons consacrées à ce sujet, leçons qui, par leur développement même, sont une sorte de protestation contre le scepticisme et la défaveur dont la thérapeutique hydro-minérale a été l'objet depuis quelques années. C'est, à notre avis, un des côtés les plus intéressants du livre, on y trouve en même temps la sincérité et l'enthousiasme, c'est-à-dire tout ce qu'il faut pour recruter des adhérents et forcer la conviction.

M. Huchard a écrit en tête du livre une préface qui lui sert de consécration, et dans laquelle il fait avec chaleur l'éloge du talent d'observation de notre confrère moscovite. Cette préface est en quelque sorte la garantie morale du succès auquel ces leçons peuvent légitimement prétendre. Nous nous associons à l'approbation flatteuse qu'elle renferme et au succès qui en sera la sanction, sans souci des reproches de partialité qui pourraient nous être adressés du fait de la nationalité de l'auteur. Ainsi qu'on l'a répété souvent, la science ne connaît pas de frontières, et nous devons rendre justice à tous ceux qui travaillent à étendre son domaine, sans nous préoccuper de leurs tendances ataviques et de leur origine.

Exploration clinique et diagnostic médical.

Par le Dr Spehl.

Le livre de M. Spehl est, comme son titre le fait pressentir, un ouvrage technique, un véritable traité de séméiologie que son plan un peu élémentaire destine presque exclusivement aux étudiants, à ceux qui font leurs débuts dans l'apprentissage de la pathologie et de la clinique. Mais tel qu'il est, et nonobstant sa forme un peu aride, ce sera un livre très utile, parce qu'il renferme, condensées en un petit nombre de pages, toutes les notions nécessaires à connaître au lit du malade, et la description de tous les procédés et méthodes techniques d'examen usités, de nos jours, en clinique. C'est précisément cette réunion dans un même volume de tant de notions diverses et en même temps indispensables, qui nous paraît constituer l'avantage principal du livre de M. Spehl,

avantage doublement appréciable au point de vue de l'économie du temps et de ses recherches.

Parmi les 24 chapitres dont se compose l'ouvrage, nous signalerons particulièrement celui qui est consacré à l'analyse des produits d'excrétion, et notamment à l'analyse des urines, cette clef de voûte d'une des parties des plus importantes de la séméiotique; le chapitre relatif à l'exposé des signes fournis par l'examen du sang, avec des considérations parallèles sur les troubles de la nutrition : l'étude des éléments bactériens et des parasites de l'économie, avec l'exposé des méthodes colorantes les plus modernes et les plus sensibles. Nous serions injustes aussi d'oublier les paragraphes consacrés à la séméiologie clinique proprement dites comme ceux qui ont pour objet l'exploration du système nerveux et des organes des sens, et l'examen de l'utérus et des vaisseaux.

On trouve de plus, hors texte, une série de dessins schématiques destinés à faire comprendre le mécanisme des synergies morbides que la solidarité fonctionnelle établit entre divers organes dans certaines conditions déterminées, telles que l'asystolie. La juxtaposition de ces dessins est très propre à faciliter la compréhension des importantes notions qui s'y rapportent.

Ainsi, l'étudiant trouvera là, réunis sous ses yeux, tout ce que, jusqu'à présent, il ne pouvait connaître qu'après avoir consulté successivement des ouvrages nombreux et qui, d'habitude, ne traitaient que d'une manière incidente l'objet spécial de ses recherches. Constater ces qualités, c'est donc faire l'éloge du livre, aussi croyons-nous qu'il faut rendre hommage à la pensée utilitaire qui a inspiré son auteur et sommes-nous disposé à souscrire d'avance au succès de librairie qu'on peut lui prédire, sans crainte d'être démenti par l'événement.

P. M.

BULLETIN

Académie de médecine : Le traitement de l'éclampsie puerpérale. — *Société de biologie* : Le microbe des oreillons. — *Société médicale des hôpitaux* : Injections de sérum d'animaux immunisés à des malades atteints de fièvre typhoïde. — *Société nationale de médecine de Lyon* : L'ostéomyélite larvée. — *Société de médecine interne de Berlin* : Le tétanos puerpéral.

L'Académie de médecine a continué, et l'on peut ajouter terminé, la discussion sur le traitement de l'éclampsie puerpérale. A part quelques nuances, les accoucheurs qui ont pris la parole, MM. Pinard, Tarnier, Guéniot, Charpentier, paraissent d'accord sur l'importance absolue et l'efficacité du traitement préventif par la diète lactée; sur l'emploi des anesthésiques dans le traitement curatif, sur la proscription de l'accouchement forcé, sur la nécessité de surveiller plus rigoureusement que jamais l'antisepsie. A ces moyens, M. Lancereaux ajoute les purgatifs drastiques, dont ses collègues n'ont pas parlé, et qui rendent, en pareils cas, de grands services.

De son côté, M. Albert Robin, s'appuyant sur des recherches anatomo-pathologiques de M. J. Renaut, d'après lesquelles, dans des cas d'urémie ou d'éclampsie suivis de mort, on a constaté l'intégrité d'une bonne moitié des éléments excréteurs du rein, et en admettant, avec notre confrère de Lyon, que si la circulation et par suite l'élimination des substances toxiques cessent de se faire dans ces mêmes éléments, cela tient à un œdème aigu dont ils sont le siège, M. Albert Robin, disons-nous, propose de décongestionner le rein et de diminuer ainsi l'œdème par de larges émissions locales au niveau du triangle de J.-L. Petit. L'effet de ces émissions sanguines est assuré par les nombreuses anastomoses que M. Renaut a fait connaître entre les veines cutanées de cette région et celles de la capsule du rein. On peut donc ainsi rétablir ou accroître les fonctions excrétoires du rein et augmenter l'élimination des produits de désassimilation qui intoxiquent le sang.

Mais il est possible concurremment de diminuer la toxicité de ces produits. Ils sont, en effet, le résultat d'oxydations incomplètes, et ils sont peu solubles. Or, en favorisant leur oxydation on augmente leur solubilité et on facilite leur élimination. Les inhalations d'oxygène remplissent cette indication, car elle augmente de 11 p. 100 le taux d'oxydation des produits dont il s'agit. De plus il existe toute une série de substances qui entrent dans l'économie à l'état ternaire, en sortent à l'état quaternaire et qui, par leur affinité pour l'azote, peuvent aider à l'élimination des déchets azotés; tels sont les acides benzoïque, salicylique, toluique, cinnamique, etc., et leurs dérivés. Ces notions, déjà utilisées contre les accidents urémiques, sont propres à fixer l'attention des accoucheurs dans le traitement préventif ou curatif de l'éclampsie puerpérale.

— La contagiosité des oreillons devait faire penser à leur nature microbienne et l'on sait, en effet, que divers bactériologistes, entre autres MM. Charrin, Capitan, Netter, etc., ont constaté la présence d'un microbe spécial dans le sang des malades atteints de cette affection. MM. Laveran et Catrin ont eu occasion d'observer 28 cas d'oreillons dans la garnison de Paris, et en ont profité pour entreprendre de nouvelles recherches, dont ils ont communiqué les résultats à la Société de biologie. Ils ont examiné le sang, la sérosité de la parotide, celle du testicule dans un cas d'orchite et celle d'un œdème développé sur la partie antérieure de la poitrine. L'examen direct de ces liquides a appris peu de chose; mais celui des cultures auxquelles ils ont servi a été autrement fécond.

Dans 17 cas, en effet, sur 28, nos deux confrères ont observé un microcoque, toujours le même, se présentant sous la forme d'un diplocoque. Bien que, pour les cultures de ce microorganisme, ils ne soient pas arrivés à reproduire expérimentalement chez les animaux une maladie ayant quelque analogie avec les oreillons, ils ont néanmoins tendance à le considérer comme l'agent pathogène de l'infection ourlienne.

—De nombreuses expériences ont montré que le sérum d'un animal réfractaire à une maladie virulente confère à un autre animal auquel il est injecté une immunité plus ou moins grande contre cette même maladie. De là une méthode de traitement, qui a déjà son nom (la *sérothérapie*), qui est encore à l'état d'ébauche, mais qui n'en ouvre pas moins des horizons nouveaux pour l'avenir.

MM. Chantemesse et Widal ont entretenu la Société médicale des hôpitaux des recherches qu'ils ont entreprises à ce sujet avec le virus typhique, et ont commencé par établir les faits suivants:

L'inoculation progressive à des animaux de cultures du bacille d'Eberth, les rend réfractaires à l'infection typhique;

Le sérum de ces mêmes animaux, inoculé à des animaux sains, confère à ces derniers une immunité de plus ou moins longue durée contre le virus typhique;

Inoculé à un animal qui a été infecté depuis peu de temps par le bacille d'Eberth, ce sérum peut prévenir ou arrêter le développement de l'infection;

Le sérum humain, recueilli chez des malades convalescents ou guéris de la fièvre typhoïde et inoculé à des animaux, jouit des mêmes effets prophylactiques et thérapeutiques.

Il était intéressant de savoir si la réciproque est vraie c'est à-dire si le sérum d'animaux immunisés contre l'action du bacille d'Eberth, inoculé à l'homme en puissance de fièvre typhoïde, n'exercerait par une action favorable sur l'évolution de la maladie. C'est ce que MM. Chantemesse et Widal ont recherché en inoculant du sérum de cobaye ou de lapin préalablement immunisés à deux malades parvenus, l'un au dixième, l'autre au onzième jour de la fièvre typhoïde. Disous de suite que, dans les deux cas, l'action sur la marche générale de la maladie a été à peu près nulle.

Faut-il conclure de ces deux insuccès à l'impuissance de la sérothérapie appliquée chez l'homme à la fièvre typhoïde, comme elle s'est déjà montrée impuissante contre le tétanos et la diphthérie ? Ce serait peut-être un peu se hâter. Il faut reconnaître, en effet, que les conditions que nous offre la clinique humaine, sont autrement complexes et difficiles que celles de l'expérimentation dans les laboratoires. Ici on connaît la source et par suite l'activité du virus dont on veut enrayer les effets ; on connaît également la date précise de la pénétration de ce virus et l'on peut se rendre compte de la phase à laquelle est arrivée l'infection. On peut ainsi calculer la quantité, le degré d'activité du sérum-vaccin qu'on devra inoculer à l'animal et le moment opportun où l'inoculation devra être faite. Or, ces éléments font généralement défaut en pathologie humaine. Sont-celà des difficultés absolument insurmontables? C'est ce que l'avenir montrera ; il ne faut pas désespérer du progrès.

— M. Poncet a communiqué à la Société nationale de médecine de Lyon, deux observations fort intéressantes de ce qu'il désigne sous le nom d'*ostéomyélite larvée*.

Dans la première, il s'agit d'un enfant atteint d'ostéomyélite infectieuse aiguë du tibia droit, à qui on enlève la totalité de l'os nécrosé. Dès le lendemain de l'opération, il ressent à l'humérus droit, une douleur assez vive qui, depuis quatre ans, disparaît et reparaît, surtout après des bains ou des refroidissements, sans que l'examen révèle rien d'anormal à ce niveau. Mais l'humérus droit mesure 3 centimètres de longueur de plus que le gauche, ce qui indique un foyer infectieux latent prêt à se réveiller à la première occasion.

Le second malade est un jeune homme qui a eu, à l'âge de 10 ans, une ostéomyélite subaiguë de l'extrémité inférieure du tibia droit. Depuis 12 ans, il présente une ostéomyélite larvée de la partie moyenne de l'humérus droit. Sous l'influence d'un traumatisme les douleurs, à ce niveau, sont devenues telles que, malgré le résultat négatif d'un examen local on a pratiqué trois trépanations successives condnisant chaque fois à un foyer indépendant d'ostéomyélite suppurée. Le pus de ces abcès contenait des staphylocoques blancs.

Dans ces deux observations, on voit donc l'ostéomyélite, paraissant tout d'abord n'occuper qu'un foyer parfaitement limité, infecter l'économie et fournir en d'autres points des foyers secondaires qui restent latents ou ne se trahissent que par quelques phénomènes douloureux, jusqu'à ce que, sous l'influence d'une cause quelconque, d'un traumatisme, par exemple, ils se révèlent d'une façon non douteuse et réclament l'intervention chirurgicale. Ce sont des cas de microbisme latent analogues à ceux que fournit la tuberculose; le nom d'ostéomyélite larvée sous lequel les désigne M. Poncet, nous semble exprimer parfaitement l'état des choses.

— Les cas de tétanos puerpéral sont assez rares pour qu'on s'empresse de relever ceux qui sont publiés. M. Heyse vient d'en communiquer un cas fort intéressant à la Société de médecine interne de Berlin.

Une femme âgée de 34 ans accouche pour la première fois. Le médecin est obligé de décoller le placenta. Quelques jours après la femme est prise de tétanos et transportée à la Charité, où l'on constate des lochies fétides, une petite ulcération du vagin et une déchirure du périnée. Elle ne tarde pas à succomber à un accès tétanique. A l'autopsie on trouve dans la cavité utérine des restes du placenta et des résidus d'endométrite.

Quelle avait été la cause de l'infection? M. Heyse recueille des poussières dans les fentes du parquet de l'habitation de la malade, les sème sur de l'agar, et obtient des cultures du bacille de Nicolaïer ; inoculées avec ces cultures, des souris succombent aux symptômes d'une double infection tétanique et septicémique. On sait, d'ailleurs, que le tétanos ne se développe que sous l'influence d'une infection mixte.

Il est probable que la malade a été infectée au moment où le médecin a décollé le placenta. Le foyer septique dont l'utérus était le siège a favorisé le développement du bacille tétanique. Les expériences de M. Heyse ont montré, en effet, que l'utérus a été son point de départ. Ainsi les inoculations pratiquées avec le liquide des lochies recueillies quand la femme est entrée à l'hôpital, ont constamment donné le tétanos aux animaux inoculés ; par contre, celles pratiquées avec les liquides pris sur l'ulcère du vagin sont demeurées stériles. Déjà MM. Roger et Widal avaient démontré que, dans le tétanos puerpéral, le virus a pour siège l'utérus. Ils ont développé, en effet, le tétanos chez des animaux en leur inoculant la substance provenant du curettage de la matrice *post mortem*. Ajoutons enfin que la statistique clinique confirme les résultats de l'expérimentation : des différentes opérations obstétricales qui sont suivies du tétanos, le décollement artificiel du placenta, comme fréquence, occupe le premier rang.

D. F. DE RANSE.

NOTES ET INFORMATIONS

Comité consultatif d'hygiène publique de France. — *Fièvre typhoïde*. — Rambouillet. Grave épidémie dans une maison occupée par un commandant de chasseurs. — Guéret et Saint-Fiel-de-Frémont (Creuse). 19 personnes atteintes. Le premier cas, chez une jeune fille ayant bu de l'eau qui très probablement était contaminée par les matières de vidange répandues sur le sol. — Thouars (Deux-Sèvres). L'épidémie s'est manifestée dans un détachement de 200 hommes de ligne affecté à la garde de la maison centrale. On a constaté 2 cas, dont 1 décès; 20 cas dont 1 décès, se sont produits dans la population civile. A la date du 20 janvier, le préfet faisait connaître que l'épidémie pouvait être considérée comme terminée.

Choléra. — Le choléra n'est plus signalé en Turquie que dans la ville de Trébizonde et aux environs. Cas et décès sont rares.

— En Perse, le choléra fait encore une centaine de victimes par semaine, principalement dans les provinces méridionales.

Dans la Caucasie et la Russie méridionale, on n'observe plus qu'un petit nombre de cas dans quelques localités. A Saint-Pétersbourg, on n'a plus constaté de cas de choléra depuis les premiers jours de l'année.

— A Budapest, on a constaté le 5 janvier 2 cas et 1 décès, le 7 janvier, 3 cas et 2 décès et le 12 janvier, 2 cas nouveaux.

— En Belgique, l'épidémie n'a pas cessé complètement : à Bruges un cas s'est produit le 9. Le 10 on en a annoncé 2 autres cas suivis de mort.

— Deux décès de choléra ont été constatés en Hollande au cours de la semaine dernière ; l'un à Amsterdam l'autre à Linschoten, province d'Utrecht.

— D'après les renseignements officiels, il y a eu à Hambourg 1 cas le 9 janvier, 3 cas le 10 et 6 le 11. Il est à remarquer que, depuis la recrudescence de l'épidémie, le port était resté indemne. Or, dans les cas constatés le 11 janvier, 3 malades provenaient d'un navire espagnol, « le Murciano ».

— Une épidémie de choléra a éclaté dans l'asile des aliénés à Sitetleben, près de Halle. Il y a eu jusqu'au 20 janvier 28 cas dont 13 ont été suivis de mort. L'examen bactériologique a prouvé qu'il s'agissait de choléra asiatique ; aussi le directeur du cercle de la Saale a publié un avis pour déclarer que le choléra a éclaté dans la circonscription qu'il administre. Du 21 au 22 janvier il y a eu 7 nouveaux décès et 9 nouveaux cas. Parmi les malades figurent 2 médecins et une infirmière. Le Landrath a ordonné de fermer, en la sondant, la conduite d'eau de l'établissement et de désinfecter complètement les rigoles d'écoulement avec de l'eau de chaux.

Hygiène hospitalière. — L'HOPITAL INTERNATIONAL. — En annonçant, dans notre précédent numéro, l'inauguration de l'hôpital fondé par M. Péan, nous nous sommes engagé, au point de vue de l'hygiène hospitalière, à en faire connaître l'organisation.

Disons d'abord que le nouvel hôpital, qui pourra recevoir une soixantaine de malades, est situé rue de la Santé, dans un quartier élevé, aéré, où il est entouré de vastes jardins. A l'intérieur comme à l'extérieur, on s'est moins préoccupé du côté esthétique ou architectural que du côté vraiment hygiénique. Pour le montrer, nous utiliserons les notes qu'a bien voulu nous remettre l'organisateur et l'administrateur dévoué de l'hôpital, M. Poirier, et nous suivrons avec lui le malade dès son entrée dans l'établissement.

Aussitôt admis, le malade passe par la salle de désinfection, à laquelle est annexée une cabine de bains.

En sortant de la baignoire, il prend le costume de l'hôpital.

Ses effets, désinfectés dans une étuve à vapeur, sont mis en paquet, et déposés sous son numéro d'entrée, dans un vestiaire spécial, où il les retrouvera à sa sortie.

La literie et les effets qui lui auront servi pendant son séjour dans l'établissement, passeront à leur tour à l'étuve de désinfection, avant de servir à un nouvel arrivant.

La salle dans laquelle va pénétrer notre pensionnaire contient 8 lits au minimum, 12 au maximum.

Elle cube 364 mètres d'air, soit dans le premier cas 43 mètres cubes d'air, dans le second 36 mètres cubes par tête.

Les parois de cette salle sont disposées de manière à être facilement lessivées et désinfectées toutes les fois que besoin sera.

Tous les angles en sont arrondis en gorge.

Le sol en est carrelé en grès céramique, se raccordant avec les murs, au moyen de carreaux arrondis également en gorge, de cuisson et de dureté égales.

Des caniveaux ménagés autour des salles conduisent les eaux de lavage à une bouche siphoïde qui les évacue immédiatement à l'égout public.

Pas de balayage qui soulève des poussières suspectes ou dangereuses.

La ventilation de chaque salle est combinée de telle sorte que l'air en est complètement renouvelé heure par heure.

Des bouches d'appel, hautes et basses, sont desservies par une canalisation spéciale, ménagée dans l'épaisseur des murs.

En outre, de petites baies sont disposées au niveau du sol et des vasistas pratiqués dans la partie haute des six croisées qui éclairent chaque salle, et permettent d'activer encore la circulation de l'air.

Les calorifères, établis dans les sous-sols, construits de manière à éliminer toute production d'oxyde de carbone, ne reçoivent dans leur chambre de chauffe, — et n'envoient par conséquent dans les salles, — qu'un air *préalablement purifié*.

A cet effet, l'orifice des prises d'air est pourvu d'appareils consistant principalement en un ensemble de plans *se contrariant les uns les autres*, et formés de tissus d'amiante, ou même de toiles ordinaires tenus constamment humides.

L'air, pour pénétrer dans la chambre de chauffe, est obligé de *lécher* ces tissus et d'y laisser au passage les poussières et les microbes qu'il peut tenir en suspension.

Le feu ou l'étuve de désinfection rendent à ces *écrans hygiéniques*, selon leur composition, leur asepsie primitive.

En été les bouches de chaleur peuvent servir à faire pénétrer dans les salles, de l'air frais saturé, selon les besoins, de thymol ou de toute autre substance préférable.

L'eau, préalablement filtrée et stérilisée, circule *dans tout l'établissement, chaude à* 80 *degrés, ou froide*, dans des canalisations appropriées.

Des récipients autoclaves établis dans les sous-sols reçoivent l'eau de source, sous une pression d'environ 30 mètres, donnée par l'altitude des réservoirs de la Ville.

Cette eau a passé au préalable dans une série de filtres composés de boules en porcelaine d'amiante dont elle a traversé les pores.

L'air qu'elle comprime dans les appareils lui fournit à son tour la pression voulue pour la faire monter jusqu'aux robinets de consommation, sans aucune contamination possible au cours du trajet.

Quant à l'eau chaude, l'autoclave qui la reçoit — *préalablement filtrée* — est pourvu d'un serpentin dans lequel circule un courant de vapeur vive à 150 degrés chargé de stériliser, à la fois, et l'eau et l'air qui la sature et la comprime, de telle sorte qu'elle ne cesse, à aucun moment, d'être digestive et arrive au robinet à une température moyenne de 80 degrés environ.

On conçoit qu'il est dès lors facile, à l'aide d'un réchauffeur à gaz disposé dans les annexes de chaque salle, de la porter à l'ébullition, pour la préparation des infusions et décoctions dont les malades peuvent avoir besoin.

L'éclairage électrique est installé dans tous les services de l'hôpital.

Le *tout à l'égout* débarrasse instantanément de toutes les émanations nuisibles.

Outre l'amphithéâtre, parfaitement installé, et pouvant contenir 300 personnes, où il fait les opérations de la chi-

rurgie courante, M. Péan, pour certaines opérations graves qui réclament les précautions les plus rigoureuses, a installé une salle spéciale qui remplit toutes les conditions désirables d'éclairage et d'asepsie.

Dans ces salles d'opérations, des trémies métalliques permettent d'envoyer directement les linges maculés soit à la combustion, soit à la désinfection, sans leur faire traverser le service de l'hôpital.

Des ascenseurs transportent les malades sans secousses de leurs salles respectives à la salle d'opérations et *vice versa*.

Disons enfin qu'à l'hôpital est annexée une polyclinique dans laquelle un certain nombre de spécialistes déjà connus par leurs travaux, soigneront les malades de la consultation externe et feront des cours pratiques aux élèves.

NOUVELLES

Nécrologie. — M. le Dr Cazeneuve, doyen honoraire de la Faculté de médecine de Lille, associé national de l'Académie de médecine, ancien vice-président de l'Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France, officier de la Légion d'honneur, officier de l'Instruction publique, est mort à Lille, le dimanche 29 janvier, à l'âge de près de 83 ans.

Après avoir appartenu au corps de santé militaire de l'armée, dont il était un des membres les plus distingués, M. Cazeneuve fut de 1853 à 1876, directeur de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Lille, et le 29 juin 1876, il fut nommé doyen et professeur de clinique médicale à la Faculté qui prit la place de cet établissement. Il avait été admis à la retraite le 16 septembre 1880.

— Nous avons aussi la douleur d'annoncer la mort, à 41 ans, de M. le Dr Sainton, professeur à l'École de médecine et médecin en chef des hospices de Tours. Notre regretté confrère, ancien interne des plus distingués des hôpitaux de Paris, avait acquis promptement à Tours une des premières situations. Il avait épousé la fille du savant directeur de l'École de médecine, M. Danner.

Facultés et Écoles des départements.

Faculté de médecine de Nancy. — M. Thiry est nommé, jusqu'à la fin de la présente année scolaire, préparateur d'histoire naturelle.

Faculté de médecine de Toulouse. — M. Mougué est nommé, pour la présente année scolaire, préparateur de chimie.

École de médecine d'Alger. — M. le Dr Labbé est institué, pour une période de trois ans, chef de clinique chirurgicale.

Corps de santé des colonies. — Par décret du 30 janvier 1893 ont été promus : *au grade de médecin principal*, M. Mesnard (Léopold-Adolphe) ; *au grade de médecin de 1re classe*, M. Carrière (Jules-Emilien-Gustave).

Mutations dans les services de médecine. — Par suite du décès de M. Desnos, médecin de la Charité, les mutations suivantes auront lieu le 1er février dans les services de médecine des hôpitaux : M. Strauss passe de l'hôpital Saint-Antoine à la Charité ; M. Gingeot passe de Saint-Antoine à Laënnec ; M. Gaucher, de l'hôpital du Danube à l'hôpital Saint-Antoine ; M. H. Martin passe de l'hôpital Debrousse à l'hôpital du Danube ; M. Marie passe du bureau central à l'hôpital Debrousse.

Association générale des médecins de France. — SOCIÉTÉ CENTRALE. — La séance annuelle de la Société Centrale aura lieu le dimanche 5 février prochain, à deux heures et demie, dans l'amphithéâtre de l'Assistance publique, avenue Victoria, n° 3, sous la présidence de M. Brouardel.

ORDRE DU JOUR

Allocution du Président ;
Rapport du Secrétaire ;
Compte rendu du Trésorier ;
Ratification des admissions faites dans l'année ;
Rapport de M. le Dr Philbert sur les vœux des Sociétés locales ;
Votation sur la caisse indemnité-maladie ;
Election d'un vice-président, et de 9 membres de la Commission administrative en remplacement des membres sortants.

Congrès dentaire international de Chicago. — Un Congrès dentaire international semblable à celui de Paris de 1889 doit avoir lieu à Chicago au mois d'août prochain à l'occasion de l'exposition universelle américaine. Les Sociétés dentaires de tous les pays ayant adhéré et se préparant à y envoyer des délégués, les organisateurs comptent sur la présence de près de 3,000 congressistes ! Les bureaux honoraires des différents pays viennent d'être nommés. Le bureau pour la France est ainsi composé :

Président honoraire : E. Lecaudey ; vice-présidents : V. Galippe, Ch. Godon, H. Crignier, V. Anjubault, M. T. Fouchard ; secrétaire : F. Ducournean.

Congrès de la Société allemande de chirurgie en 1893. — Le 22e Congrès de la Société allemande de chirurgie se tiendra à Berlin du 12 au 15 avril prochain.

Congrès des Sociétés savantes en 1893. — L'ouverture de ce Congrès aura lieu le mardi 4 avril. Du 5 au 7 : séance des sections. Le 6 avril : séance générale de clôture.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — **Chirurgie infantile. Orthopédie.** M. le Dr DE SAINT-GERMAIN, chirurgien de l'hôpital, reprendra le jeudi 16 février, à 9 heures, ses leçons cliniques, et les continuera les jeudis suivants. Ces leçons seront exclusivement consacrées à sa thérapeutique des affections chirurgicales de l'enfance.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Association de l'hystérie avec les maladies organiques du système nerveux ; les névroses et diverses autres affections, par le Dr BABINSKI, médecin des hôpitaux. — Paris, G. Masson, éditeur, 1892.

Des meilleures conditions d'alimentation des enfants du premier âge en dehors de l'allaitement au sein, par le Dr SAINT-YVES MÉNARD, professeur d'hygiène à l'École centrale, directeur de l'Institut de vaccine animale. — Clermont, Daix frères, 1892.

Assistance publique. — Les hôpitaux fermés aux petits enfants et aux nourrices. Paris, domicile de secours, par le Dr LARDIER, membre du Conseil supérieur de l'Assistance publique. — Epinal, Henry Fricotel, 1892.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU 22 AU 28 JANVIER 1893

Fièvre typhoïde, 15. — Variole, 0. — Rougeole, 8. — Scarlatine 1. — Coqueluche, 19. — Diphtérie, croup, 38. — Affections cholériformes, 0. — Phtisie pulmonaire, 180. — Autres tuberculoses, 14. — Tumeurs cancéreuses et autres, 49. — Méningite, 33. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 52. — Paralysie, 13. — Ramollissement cérébral, 9. — Maladies organiques du cœur, 69. — Bronchite aiguë et chronique, 119. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 164. — Gastro-entérite des enfants : Sein, biberon et autres, 50. — Fièvre et péritonite puerpérales, 8. — Autres affections puerpérales 41. — Débilité congénitale et vices de conformation, 36. — Sénilité, 41. — Suicides et autres morts violentes, 38. — Autres causes de mort, 157. — Causes inconnues, 2. — Total : 1213.

Le Rédacteur en chef et gérant : F. DE RANSE.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame. — *Téléphone.*

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Rédacteur en chef : M. le Dr F. DE RANSE

Comité de Rédaction : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN
J. ARNOULD (de Lille), P. FABRE (de Commentry), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon)

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, avenue Montaigne (Rond-Point des Champs-Élysées)

PATHOLOGIE MENTALE

NOTE HISTORIQUE ET CLINIQUE SUR LE DÉLIRE DES NÉGATIONS (1),

Par le Dr E. Régis.

Au moment même où le Congrès de médecine mentale venait d'inscrire à son ordre du jour la question du *délire des négations*, le hasard me mettait en présence d'un cas typique de cet état morbide. C'était la première fois, je dois le dire, que j'observais un fait de ce genre ; aussi l'étudiai-je avec attention. Au fur et à mesure que les symptômes se déroulaient devant moi, j'étais frappé davantage par leur identité absolue avec ceux signalés par Cotard, et bientôt je n'eus plus de doute sur la réalité du syndrome clinique dont nous devons la connaissance à cet auteur.

Peut-être pourra-t-on taxer ma conviction de trop hâtive et m'objecter qu'un seul cas, si précis qu'il soit, ne suffit pas à étayer une opinion. A cela je réponds que tout dépend de la fréquence du sujet en cause, et que lorsqu'une description clinique a été donnée, il suffit que cette description s'applique exactement et complètement à un cas ultérieur pour que la découverte nouvelle en soit légitimée. C'est ce qui est arrivé, ne l'oublions pas, pour bien des créations médicales longtemps contestées et aujourd'hui classiques et c'est ce qui arrivera, j'en ai le ferme espoir, pour le délire des négations de Cotard, qui restera, à mon sens, comme un des meilleurs titres de gloire de notre confrère.

Au surplus, il ne faudrait pas croire qu'en décrivant le délire des négations, Cotard ait voulu créer, comme on l'a dit, une entité morbide. Pour si vraisemblable que paraisse cette opinion, elle n'en constitue pas moins une erreur et puisque M. Camuset, qui la formule dans le remarquable rapport dont nous avons pris lecture, nous a invité à discuter avec lui cette partie historique de son œuvre, je voudrais user de la permission pour chercher à dégager à mon tour la véritable pensée de l'auteur dans les divers travaux qu'il a publiés sur le sujet.

Le premier article de Cotard a été communiqué par lui à la Société médico-psychologique le 22 juin 1880 et a paru dans les *Annales médico-psychologiques* du mois de septembre de la même année. Il a pour titre : « Du délire hypocondriaque dans une forme grave de mélancolie anxieuse (1) ».

Dans cet article, l'auteur appelle l'attention sur un singulier délire hypocondriaque, analogue sinon identique au délire hypocondriaque de la paralysie générale et qui se rencontre chez certains lypémaniaques.

De la comparaison du cas observé par lui avec d'autres cas semblables antérieurement publiés sous le nom de démonomanie, par Esquirol, Leuret, Petit, Macario, Morel, Krafft, Ebing, il dégage les caractères essentiels de ce délire hypocondriaque et des phénomènes qui l'accompagnent.

Chez tous les malades, le délire présente la plus grande analogie. Ils n'ont plus de cerveau, plus d'estomac, plus de cœur, plus de sang, plus d'anus. Quelquefois même ils n'ont plus de corps. Ils sont damnés, démons, antéchrist ; ils n'ont plus de sexe, ils n'ont plus d'âme, Dieu n'existe pas. A ces idées hypocondriaques se joint très fréquemment l'idée d'immortalité qui paraît s'en déduire suivant une certaine logique. Les malades disent qu'ils ne mourront pas, que leur corps n'est pas dans les conditions ordinaires d'organisation ; que s'ils avaient pu mourir ils seraient morts depuis longtemps ; qu'ils sont dans un état qui n'est ni la vie ni la mort, qu'ils sont morts vivants. Chez eux, l'idée d'immortalité est véritablement, et quelque paradoxal que cela puisse paraître, une idée hypocondriaque ; c'est un délire trisie relatif à l'organisme ; ils gémissent de leur immortalité et supplient qu'on les en délivre. Elle est donc bien différente de l'idée d'immortalité que l'on rencontre chez les persécutés chroniques mégalomanes.

Ces aliénés, bien différents des persécutés, se rapprochent au contraire beaucoup des mélancoliques anxieux, par leur angoisse, leurs gémissements et leurs plaintes ; leurs idées hypocondriaques semblent même n'être qu'une interprétation délirante des sensations maladives qu'éprouvent les sujets atteints de mélancolie anxieuse commune et qui les font se plaindre d'avoir la tête vide, une gêne à la région précordiale, de n'avoir plus de sentiments, de ne rien aimer, de douter de la bonté de Dieu, de ne plus pouvoir prier, souffrir, guérir, etc.

De plus la plupart sont réellement analgésiques ; on peut les piquer, les pincer sans qu'ils accusent de sensations dou-

(1) Travail communiqué au Congrès annuel de médecine mentale, troisième session, Blois, août 1892.

(1) J. Cotard. Du délire hypocondriaque dans une forme grave de la mélancolie anxieuse. (*Annales psychol.*, septembre 1880, p. 168.)

lourenses et il n'est pas rare de les voir se livrer sur eux-mêmes à des mutilations effroyables.

Ce délire hypocondriaque serait donc comme une complication de la mélancolie anxieuse commune. Celle-ci, en effet, qui est une forme symptomatique fréquente des vésanies d'accès ou intermittentes guérit ordinairement, tandis que lorsque le délire hypocondriaque vient s'y ajouter, le pronostic est beaucoup plus grave. Quelquefois, c'est dès le premier accès, quelquefois c'est au second ou troisième accès, que se développe le délire hypocondriaque et alors la maladie passe ordinairement à l'état chronique.

En résumé, l'état psychopathique décrit par Cotard se distingue pour lui par les caractères suivants :

1° Anxiété mélancolique ;

2° Idées de damnation et de possession ;

3° Propension au suicide et aux mutilations volontaires ;

4° Analgésie ;

5° Idées hypocondriaques de non existence ou de destruction de divers organes, du corps tout entier, de l'âme, de Dieu, etc. ;

6° Idée de ne pouvoir jamais mourir.

Ce mémoire, qui contient en substance toutes les idées développés ultérieurement par Cotard sur la question, se borne comme on le voit à faire de l'état délirant mis en lumière une complication de la mélancolie anxieuse commune.

Dans un second travail paru *dans les Archives de neurologie* (1), Cotard revient sur son étude précédente et cherche à l'étendre et à la compléter. Jusqu'ici il n'a fait, du singulier délire hypocondriaque qu'il a décrit, qu'une complication de certains états de mélancolie anxieuse : cette fois il va plus loin et essaye d'établir que ce délire, essentiellement caractérisé par une tendance à la négation, constitue, sous le nom qu'il hasarde de *délire des négations*, une phase d'évolution d'un assez grand nombre de mélancolies. A ce titre, il mérite qu'on lui accorde une description spéciale, et une place à part, comme cela a été fait pour le délire des persécutions décrit et détaché en 1852, par Lasègue, des diverses formes de mélancolie. On voit, dans ce mémoire, que Cotard est hanté par le souvenir de Lasègue et le désir de réaliser pour le délire des négations la même fortune que celle du délire des persécutions. De là, sans doute, le terme adopté par lui de délire des négations en opposition à celui de délire des persécutions, et celui des négateurs en opposition à celui des persécuteurs ; de là aussi la forme particulière de l'article qui se résume en une étude parallèle et différentielle entre le délire des négations et le délire des persécutions, entre les négateurs et les persécutés.

Au point de vue purement clinique, ce second travail, sans fournir de données nouvelles, véritablement originales, précise cependant certains points. C'est ainsi qu'il distingue, parmi les malades atteints de délire des négations, ceux dont le délire porte sur la personnalité même du sujet et ceux chez qui il porte sur le monde extérieur. Les premiers disent qu'ils n'ont plus d'estomac, plus de cerveau, plus de tête, plus d'anus, plus de corps, qu'ils n'ont rien et ne sont rien qui vaille, qu'ils sont pourris, atteints de maladies ignobles, qu'ils sont damnés, qu'ils sont morts, enfin qu'ils ne mourront jamais. Ce délire coïncide souvent avec des altérations de la sensibilité, anesthésie ou au contraire hyperesthésie. Les seconds disent qu'ils n'ont plus de famille, plus de pays, que Paris est détruit, que le monde n'existe plus, que ce qu'ils voient n'est pas réel, etc., etc. Cette distinction est très juste, bien que, dans certains cas, la négation porte à la fois sur le malade et sur l'ambiant.

Au point de vue nosologique, le travail de Cotard sur le délire des négations représente au moins en apparence, une tentative faite par l'auteur pour ériger cet état morbide en « une espèce particulière de mélancolie, en une maladie distincte par ses caractères et son évolution ». Il ne faudrait pas se méprendre cependant sur la portée exacte de la tentative de Cotard, ni s'imaginer qu'il a voulu faire du délire des négations une entité morbide. La preuve en est qu'après avoir parlé d'espèce particulière de mélancolie, de maladie distincte, il ramène son œuvre à son véritable point, et déclare finalement que le délire des négations « *est un état de chronicité spécial à certains mélancoliques intermittents dont la maladie est devenue continue* ». C'est là, je crois, qu'il faut voir l'idée réelle de Cotard et non dans les quelques passages où il s'est laissé aller, par une pente naturelle de novateur, à opposer le délire des négations au délire des persécutions, et à prononcer le mot, dépassant certainement sa pensée, de maladie distincte. Au reste, la division qu'il établit dans ses observations, montre d'une façon péremptoire qu'il considérait le délire des négations non comme une maladie, non pas même comme un état de complication exclusif à la mélancolie anxieuse, grave, mais comme un syndrome plus général, susceptible de se rencontrer dans diverses formes de maladies mentales.

« Je divise, dit-il, ces observations en trois catégories : Dans la première, je range les cas où le délire des négations se présente à l'état de simplicité (c'est-à-dire dans la mélancolie anxieuse par accès) ;

« Dans la seconde, les cas où il est symptomatique de la paralysie générale ;

« Dans la troisième, les cas où, associé au délire des persécutions, il constitue ces formes d'aliénation complexes qui nous expliquent comment presque tous les auteurs ont confondu, dans la même description du délire mélancolique, les idées de ruine, de culpabilité, de méfiance et de persécution. »

On ne saurait, je crois, se méprendre après cela, sur la véritable pensée de Cotard et sur la véritable valeur nosologique qu'il a voulu donner au délire des négations.

Deux ans après, dans une courte note (1), Cotard essaie une interprétation pathogénique du délire des négations. Remarquons en passant que les termes dont il se sert cette fois encore, montrent bien qu'il n'avait jamais voulu faire du délire des négations même à l'état de simplicité, une maladie, une entité morbide, mais seulement une phase, une variété ou complication de la mélancolie anxieuse. Son travail a pour titre, en effet : « Perte de la vision mentale dans la mélancolie anxieuse. » et il débute par cette phrase très significative : « J'ai appelé l'attention sur *un état psychique propre aux anxieux chroniques*, et caractérisé principalement par la négation de l'existence des objets

(1) J. Cotard. Du délire des négations. (*Archives de neurologie*, nos 11 et 12, 1882.)

(1) J. Cotard. Perte de la vision mentale dans la mélancolie anxieuse (*Archives de neurologie*, 1884, n° 21.)

extérieurs ou de la personnalité du malade lui-même. Je me suis borné à un simple exposé des faits, sans autre but que de *déterminer la valeur clinique* du SYMPTOME et sa place en pathologie mentale. » L'idée de Cotard est, on le voit, on ne peut plus claire et on ne saurait lui reprocher sérieusement d'avoir voulu faire du délire des négations, qu'il va ici jusqu'à appeler un *symptôme*, une entité morbide.

Quoi qu'il en soit, dans cette courte note, Cotard essaie de donner une interprétation de délire des négations.

Ayant remarqué que deux mélancoliques anxieux qu'il observait présentaient en même temps le phénomène décrit par Charcot sous le nom de perte de la vision mentale, c'est-à-dire la perte de la faculté de se représenter mentalement les objets, Cotard se demande s'il ne faut pas voir là la raison d'un délire si particulier. « Si, dit-il, la perte de la vision mentale était un fait ordinaire chez les anxieux chroniques, on serait invinciblement entraîné à considérer la négation systématisée comme un délire greffé sur le trouble sensoriel, comme une interprétation maladive du phénomène. »

Et poussant plus loin cette hypothèse si ingénieuse en même temps que si logique, Cotard se demande s'il n'y a pas quelque chose d'analogue à la perte de la vision mentale, un diminutif de ce symptôme chez les mélancoliques simples qui se plaignent de ne plus voir les objets que confusément, de ne plus les reconnaître, et qui se sentent séparés comme par un voile, de la réalité objective. De même il se demande, si l'altération des sentiments affectifs chez ces malades, qui s'accusent de ne plus aimer personne, de ne plus pouvoir aimer, ne tiendrait pas, elle aussi, à l'effacement plus ou moins complet du tableau des représentations subjectives, par suite de l'influence des images de la vision interne sur les sentiments. Cotard aurait pu se demander également si chez les *auto-négateurs* ceux qui nient leurs organes, leur corps, leur personnalité, les négations ne seraient pas liées aussi à l'absence de ces représentations subjectives qui, parties de tous les points du corps, nous donnent la notion de notre existence en général et de l'existence de chacun de nos organes (cénesthésie).

Cotard n'a posé à cet égard qu'un simple point d'interrogation, mais son hypothèse mériterait certainement d'être étudiée de plus près. Pour ma part j'ai constaté habituellement une anesthésie complète des muqueuses au passage de la sonde œsophagienne chez les hypocondriaques négateurs d'organes, qu'ils fussent ou non paralytiques généraux.

Peu après l'apparition de ce mémoire, le Dr Séglas publiait une très remarquable observation (1) de mélancolie anxieuse intermittente avec idées hypocondriaques de destruction d'organes, d'immortalité, de damnation, de négation, analgésie, etc., c'est-à-dire exactement avec tous les symptômes attribués par Cotard à son délire des négations à l'état simple. Entre autres choses, la malade se croyait condamnée à subir des supplices pendant toute l'éternité. « Son idée d'immortalité s'est développée sous l'influence des révélations que Dieu lui a faites et, par suite, de l'inutilité des tentatives de suicide et de sa constitution particulière. Elle a existé de tout temps, puisque c'est elle qui sous la forme de serpent tentateur, a été la cause de la chute de nos premiers parents. Elle ne mourra pas, car *elle n'est pas en chair de monde*; d'ailleurs Satan est immortel. Elle se lamente sans cesse de ne pas voir la fin de ses supplices, elle voudrait pouvoir mourir comme tout le monde. Elle demande souvent de connaître un poison assez violent pour la tuer et si elle ne présente plus actuellement d'idées de suicide, c'est parce qu'elle est bien convaincue de l'inutilité de ses tentatives. »

Les idées hypocondriaques de non existence ou de destruction de divers organes s'accompagnaient, chez elle, d'idées de négation analogues se rapportant aux choses métaphysiques : « Elle n'a pas d'âme, la religion n'existe pas, les prêtres ne sont pas des prêtres ; si Dieu existe, il ne jouit pas des attributs qu'on lui prête, etc., etc. »

Quant à l'interprétation du fait, Séglas partage absolument l'opinion de Cotard. Après avoir, comme lui, séparé ce cas du délire des persécutions, il le rattache aussi, comme lui, à la mélancolie anxieuse, insistant sur ce fait que l'idée d'immortalité, bien qu'en apparence idée d'orgueil et de grandeur, n'est ici qu'une conception délirante de nature triste. « Nous n'en voulons pour preuve, dit-il, que l'angoisse qu'elle détermine chez l'aliénée qui en gémit sans cesse, se désole de souffrir toute l'éternité, demande instamment un poison qui la délivre et réclame à grands cris la mort qui, chez les autres créatures au moins, marque un terme aux souffrances et peut permettre quelques efforts de résignation. » Cotard avait déjà comparé ces malades au Juif errant condamné pour offense à Dieu à errer à tout jamais et rappelé à leur égard la légende célèbre d'Isaac Laquedem et d'Ahasvérus.

Nous avons vu que les particularités d'ensemble de l'état psychopathique décrit par Cotard lui avaient paru suffisantes sinon pour en faire une maladie distincte, une entité morbide, au moins pour le considérer comme une forme spéciale de mélancolie, comme une phase de chronicité de certaines mélancolies anxieuses. Séglas partage en tous points cette opinion car, après en avoir énuméré les raisons principales, il conclut ainsi : « Pour nous, sans chercher à créer une espèce pathologique distincte, nous rangeons le cas que nous venons de rapporter et les autres semblables dans la forme dont ils se rapprochent le plus par l'ensemble des symptômes observés ; et c'est pour cela que nous croyons devoir faire de Mme A. M... une mélancolique anxieuse. Nous avons affaire alors à une forme particulière, *grave*, de mélancolie anxieuse qui demande à être étudiée pour ne pas être confondue avec des cas qui s'en rapprochent, mais qu'une observation attentive, unie à la connaissance des symptômes et de l'évolution de la maladie, fera vite distinguer. »

Si l'on voulait une preuve topique et indéniable de ce que nous établissions tout à l'heure, à savoir que Cotard n'a véritablement voulu faire du délire des négations à l'état de simplicité qu'un syndrome spécial, appartenant à une forme grave de mélancolie anxieuse, et non pas une maladie propre, on la trouverait dans cette observation de Séglas qui, précisément parce qu'il partage absolument les idées de l'auteur et qu'il en a saisi la portée exacte, n'hésite pas à rattacher son cas à la mélancolie anxieuse. A défaut des conclusions ci-dessus, qui ne laissent aucun doute à cet

(1) J. Séglas. Note sur un cas de mélancolie anxieuse (délire des négations). *Archives de neurologie*, 1884, n° 22.)

égard, le titre seul du travail intitulé « Note sur un cas de mélancolie anxieuse », suffirait à le démontrer.

Quelque temps plus tard, en 1887, M. Séglas publie un nouveau cas de « mélancolie anxieuse avec délire des négations » ; c'est le titre même de son travail(1). On retrouve dans ce cas l'anxiété, les idées de destruction d'organes et de non-existence, c'est-à-dire les phénomènes typiques du syndrome, mais les idées de damnation paraissent y être remplacées par des idées de persécution et les idées d'immortalité par des idées naissantes de grandeur, ce qui en ferait plutôt un de ces cas mixtes, signalés par Cotard dans son Essai de division séméiologique du délire des négations.

Ce travail de M. Séglas est surtout intéressant, du reste, par la place plus précise qu'il attribue cette fois au délire des négations. Dans sa première étude, il l'avait considéré avec Cotard, comme se rattachant à une forme particulière grave de mélancolie anxieuse, dont il serait une sorte d'aggravation. Cette mélancolie anxieuse particulière, ainsi aggravée, il la regarde ici comme ayant subi une transformation, comme appartenant désormais à la *paranoia* ou *folie systématisée secondaire*. « Quant à déterminer, dit-il, la place qu'on peut attribuer à ces cas dans le cadre nosologique des affections mentales, nous avons déjà donné notre opinion sur ce point dans notre précédent travail : nous pensons que ce sont là des périodes terminales ou tout au moins avancées de certains états mélancoliques correspondant à ce qu'à l'étranger plusieurs auteurs ont désigné du nom de *Paranoia secondaire* ou de *Secundare Verrucktheit*.

Je ne crois pas que, depuis, M. Séglas ait changé d'opinion à cet égard et j'ai toutes raisons de croire qu'aujourd'hui encore, il considère la mélancolie anxieuse avec délire des négations comme une des seules formes connues en France de cette paranoïa secondaire qu'il a lui-même si bien exposée dans sa remarquable Revue générale sur la Paranoia publiée en janvier 1887 dans les *Archives de neurologie* (2).

(*A suivre.*)

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

LEÇONS SUR LA PHYSIOLOGIE ET LA PATHOGÉNIE DE LA DESTRUCTION DU SANG,

Par William Hunter,
M. D. Edin., M. R. C. P. Lond., etc...
Médecin assistant du London Fever Hospital.

Suite (3).

LE PIGMENT BILIAIRE EST UNE PREUVE D'HÉMOLYSIS.

Les preuves de l'hémolysis que nous avons eu devant nos yeux diffèrent selon qu'elles se rapportent au pigment biliaire et au pigment sanguin respectivement. Les relations étroites de cause à effet qui existent entre le pigment biliaire et l'hémoglobine, et la formation quotidienne de pigments biliaires, constituent une évidence présomptive d'une destruction quotidienne d'au moins une certaine quantité d'hémoglobine. Ceci ne veut dire en aucune façon, cependant, qu'il y ait une destruction quotidienne de sang ; nous avons vu, en effet, qu'une certaine quantité d'hémoglobine peut être rendue libre (dans le processus de la destruction passive des globules rouges) sans que le plasma ou les leucocytes y participent, c'est-à-dire, sans l'occurrence d'aucune modification dans la totalité du sang. Il s'ensuit que si la formation de pigment biliaire trouve une source suffisante dans la destruction passive des globules rouges, que si l'hémoglobine ainsi rendue libre est en assez grande proportion pour donner naissance à tout le pigment biliaire excrété journellement ; il est clair que le pigment biliaire en tant qu'indication de destruction du sang, perd beaucoup, sinon la totalité, de sa valeur. Il ne constitue alors qu'une preuve d'une certaine destruction lente des globules rouges. Il devient donc d'une réelle importance de prouver par lequel des deux processus, destruction active ou passive des globules rouges, est déterminée la formation du pigment biliaire.

Comme je l'ai fait remarquer plus haut, il existe de grandes probabilités, mises surtout en évidence par Minkowski et Naunyn, que non seulement l'hémoglobine est la source des pigments biliaires, mais encore que le foie est le siége de cette transformation. Cela étant admis, la question porte surtout maintenant sur l'importance relative du siége des particules pigmentaires soit dans les capillaires soit dans les cellules hépatiques, comme lieux de formation du pigment biliaire. Je vous ai montré en effet que les capillaires sont *exclusivement* le siége du pigment sanguin dérivé d'une destruction passive.

NÉCESSITÉ QU'IL Y A DE DISTINGUER ENTRE LES MODIFICATIONS QUI ONT LIEU DANS LES CAPILLAIRES DU FOIE ET CELLES QUI SE PASSENT DANS L'INTÉRIEUR DES CELLULES HÉPATIQUES.

A première vue il peut sembler de peu d'importance de connaître l'endroit précis où se fait dans le foie la transformation de l'hémoglobine en pigment biliaire, soit dans l'intérieur des capillaires par l'intermédiaire des leucocytes ou des cellules organisées, ou dans l'intérieur du foie même. Je ne puis partager cette opinion. Au contraire, rien n'a plus frappé mon esprit, dans cet ordre d'idée, que la nécessité de différencier, autant qu'il est possible, les processus qui ont lieu dans l'intérieur des cellules hépatiques de ceux qui se passent dans les capillaires par l'intermédiaire des quantités considérables de leucocytes qui y sont contenus. Pour vous en donner un exemple, je vais vous montrer des coupes de foie de deux de mes expériences (expériences 33 et 34) ; on avait injecté directement dans le système circulatoire de lapins anesthésiés de grandes quantités de bleu-marin en suspension. Vous pouvez constater combien abondant est le pigment dans le foie, bien plus abondant en réalité que dans n'importe quel autre organe, sauf le poumon. Et même, on pouvait voir, pendant l'injection, que le foie exposé à l'air prenait une teinte bleue de plus en plus marquée. A l'examen, on retrouva la plupart du pigment dans l'intérieur des leucocytes ; on n'en put constater la moindre particule dans l'intérieur des cellules hépatiques. L'arrêt du pigment et son accumulation dans le foie, étaient donc bien dus entièrement à l'activité des leucocytes et des cellules

(1) J. Séglas. Mélancolie anxieuse avec délire des négations. (*Progrès médical*, 12 novembre 1887.)

(2) J. Séglas. La Paranoia : délires systématisés et dégénérescences mentales, historique et critique. (*Archives de neurologie*, 1887, numéro de janvier.)

(3) V. *Gazette médicale*, n° 1, 2, 4 et 5, 1893.

organisées, endothéliales et autres, et non point en quoique ce soit à l'action des cellules hépatiques. Nous ne pouvons parler de cette fonction du foie pour la comparer à d'autres fonctions, à celle glycogénique par exemple. Ces deux fonctions ne sont même point comparables en importance. L'une d'elles dépend exclusivement des cellules de nature leucocytique et endothéliale, l'autre des cellules du foie proprement dites, et le seul point de rapprochement commun est qu'elles se passent dans le même organe. Il en est de même pour la conversion de l'hémoglobine en pigment biliaire, si elle peut être effectuée également bien par les leucocytes ou les cellules de foie; si, ainsi que Quincke et Minkowski et Naunyn sembleraient le soutenir d'après l'importance qu'ils attachent aux cellules pigmentaires des capillaires, ces cellules jouent le principal rôle dans la formation du pigment biliaire, la formation du pigment biliaire cesserait alors d'être une fonction purement hépatique. Il n'y aurait aucune raison pour qu'elle n'ait point lieu dans d'autres organes aussi riches en de pareilles cellules, la rate, par exemple.

Si maintenant nous quittons ces considérations générales pour en arriver aux faits eux-mêmes, nous pouvons dire ce qui suit. On ne peut douter, je pense, que les leucocytes et les cellules du tissu connectif possèdent un certain pouvoir de former aux dépens de l'hémoglobine des pigments en apparence identiques au pigment biliaire. Les observations de Langhans, de Cordua et Quincke, entre autres, sont, je pense, parfaitement concluantes sur ce point, Langhans a clairement démontré que les pigments qui déterminent les colorations si connues des contusions (extravasations sous-cutanées) sont de la même nature que ceux de la bile. Minkowski et Naunyn l'ont peut-être encore plus nettement prouvé. Ils ont fait voir que l'on pouvait trouver, dans les cellules pigmentaires des capillaires hépatiques chez l'oie, un pigment vert donnant les réactions de la biliverdine. Ils ont trouvé, de plus, que l'augmentation de la formation de pigment biliaire qu'ils déterminaient par l'exposition de ces animaux aux vapeurs de l'hydrogène arseniqué, allait de pair avec l'apparition d'un grand nombre de ces cellules dans les capillaires. Tantôt une seule particule du pigment sanguin contenu dans ces cellules, donnait la réaction verte de la biliverdine; tantôt la substance cellulaire entière prenait cette coloration. Leur conclusion est donc que ces cellules pigmentaires prennent une certaine part, sinon la part la plus considérable, dans la formation des pigments biliaires par transformation de l'hémoglobine libre; et elle semble amplement justifiée par les faits. De telles vues sur le mode et le siège de la formation des pigments biliaires concorderaient en tout point avec les expériences bien connues de Quincke (1880) sur la fin des globules rouges. Selon Quincke, le sort normal des globules rouges, après une existence de deux à trois semaines, est d'être repris par les globules blancs du sang et d'être déposés dans les capillaires du foie, de la rate et de la moelle des os. Dans l'intérieur de ces cellules, leur hémoglobine est transformée en produits variés à l'état d'albuminates, en partie colorés, en partie non colorés; et ces produits sont plus tard utilisés à nouveau pour la formation des globules rouges jeunes ou bien rejetés de l'organisme par l'intermédiaire des cellules du foie. Il est présumable, bien que Quincke n'y fasse pas allusion, que c'est au cours de ces transformations que se trouvent constitués les pigments biliaires. (On notera en passant que la fin des globules rouges décrite par Quincke ne correspond qu'à l'un de ces processus que j'ai décrits, et le moins important; celui de la destruction passive du sang).

Maintenant, tout en admettant que la formation du pigment biliaire aux dépens de l'hémoglobine peut se faire par l'intermédiaire des leucocytes ou des cellules du tissu connectif; en admettant même, que les conclusions émises par Minkowski et Naunyn apparaissent amplement justifiées, je ne puis cependant pas croire qu'un tel mode de formation du pigment biliaire soit un fait commun, encore bien moins qu'il soit ordinaire à l'état de santé, et cela pour les raisons suivantes, parmi beaucoup d'autres.

En premier lieu, il me semble qu'il y ait une source d'erreur à ne considérer exclusivement qu'un seul groupe d'animaux, et à étendre directement, et sans correction, les résultats ainsi obtenus aux autres groupes d'animaux. Cette erreur a été commise, je le crois bien, au moins à quelque degré, à la fois par Naunyn et Minskowski, puis Quincke, les premiers ayant trop exclusivement basé leurs conclusions sur des observations portant sur l'oie, et le second, sur des observations sur le chien; en effet, chez ces deux groupes d'animaux la présence d'un certain nombre de cellules pigmentaires dans les capillaires du foie est, ainsi que nous l'avons vu, la règle. D'autre part, mes expériences sur le lapin, le chat, le cobaye, le cochon et l'homme, prouvent que la présence de telles cellules constitue l'exception; et tel est invariablement le cas, toujours au moins d'après mes expériences, pour tous les jeunes mammifères, même pour les chiens.

Des différences individuelles existent sur ce point entre les divers animaux. Elles dépendent surtout, selon moi, des variabilités dans la résistance des globules rouges, résistance qu'il est très naturel d'admettre variable chez les différents animaux. De quelque valeur que soit l'explication, il reste ce fait que chez le lapin, et la plupart de mes observations ont porté sur cet animal, j'ai, d'âge en âge, examiné le foie sans trouver une seule cellule pigmentaire dans ses capillaires; du moins cela n'a été que la très rare exception. Néanmoins l'excrétion de pigment biliaire est, chez le lapin, comme chez tous les herbivores, d'une grande abondance. L'excrétion quotidienne en est plus grande chez les herbivores que chez les carnivores. Selon Bidder et Schmidt, elle est chez le chat et le chien, d'environ 14 cc. et 19 cc. par kilogramme de leur poids, respectivement; chez le lapin et le cobaye, elle est de 136 cc. et 175 cc. par kilogramme respectivement. Avec une production si abondante d'une bile qui contient une proportion considérable de pigments biliaires, on devrait raisonnablement s'attendre à trouver des cellules pigmentaires dans les capillaires hépatiques, si ces cellules étaient les facteurs des pigments biliaires. Et l'on devrait s'y attendre encore bien plus si l'on se rappelle combien est permanent le pigment sanguin qui peut durer, comme il le fait fréquemment, des semaines, des mois et même des années. Et cependant on n'en trouve point. Je suis donc conduit à conclure soit que le mode de formation des pigments biliaires peut varier chez les différents animaux, se trouvant quelquefois effectuée par l'intermédiaire des leucocytes, quelquefois par celui des cellules hépatiques; soit que sa formation par les leucocytes,

quand elle a lieu, est à la fois insignifiante et sans importance, et que le siège constant de ce processus est dans l'intérieur de la cellule hépatique elle-même. La première conclusion me semble insoutenable si l'on reste dans des termes généraux. Il me paraît improbable qu'une fonction du foie si caractéristique que la formation des pigments biliaires puisse se faire non point par les éléments spéciaux de sa constitution glandulaire, les cellules hépatiques, mais par les cellules ordinaires, de nature leucocytiques et endothéliales adjacentes à la cellule hépatique.

En outre, d'après ce point de vue, il est difficile de comprendre pourquoi le pigment biliaire n'est point formé par les cellules de la rate, si l'on considère que quelquefois elles sont bien plus riches en pigment sanguin que les leucocytes du foie. Cependant Minkowski et Naunyn eux-mêmes ne sont pas arrivés à trouver la moindre trace de biliverdine dans les cellules pigmentaires de la rate.

Ce sont donc autant de raisons pour ne point admettre que les cellules pigmentaires même situées dans les capillaires du foie sont le siège ordinaire de la formation du pigment biliaire, et, pour ne point admettre que la destruction passive des globules rouges soit, dans un degré correspondant, l'origine de l'hémoglobine ainsi transformée.

J'ai maintenant à vous démontrer que la cellule hépatique est le siège de cette transformation et qu'une destruction hâtive des globules rouges est un précurseur nécessaire de ce processus, et cela non seulement chez les mammifères, mais aussi chez les oiseaux. Je vous ai montré que rien n'indique clairement cette destruction active des globules rouges que la présence de granulations ténues de pigment sanguin dans les cellules hépatiques, plus spécialement dans celles de la zone porte du lobule hépatique. Je vous ai montré de plus que ce pigment est retrouvé très fréquemment, quoique non constamment, dans la cellule hépatique, plus particulièrement chez les oiseaux, et à un moindre degré chez les mammifères.

Il me reste maintenant à démontrer d'après mes expériences, qu'une formation accrue de pigments biliaires est plus fréquemment associée avec l'augmentation du dépôt de pigment sanguin dans les cellules hépatiques qu'elle ne l'est avec une augmentation du nombre des cellules pigmentaires des capillaires ; à démontrer encore que cette accroissement de formation n'est accompagné que d'une augmentation du pigment sanguin dans la cellule hépatique, sans qu'on puisse découvrir dans les capillaires une particule de pigments ou une simple cellule pigmentaire ; et enfin qu'une augmentation considérable dans le nombre de cellules pigmentaires des capillaires peut avoir lieu sans que l'excrétion des pigments biliaires en soit le moins du monde accrue (expérience 87). Pour élucider les deux premiers points, je vous montre actuellement une coupe tirée des expériences 42 et 43. Deux lapins bien portants ont reçu par intervalle, à l'aide d'injection sous-cutanées, des doses de toluylendiamine dans l'ordre suivant :

Expérience 42.

19 sept.	0.18	grammes par kilog. de poids	=	0.5	grammes	
20 —	0.13	—	—	—	=0.35	—
26 —	0.18	—	—	—	=0.5	—
29 —	0.36	—	—	—	=1.0	—

(Sacrifié le 13 octobre. Perte de poids 90 grammes.)

Expérience 43.

15 sept.	0.18	grammes par kilog. de poids	=	0.5	grammes	
19 —	0.15	—	—	—	=0.4	—

(Sacrifié le 20 septembre. Perte de poids 180 grammes.)

Dans les deux cas, particulièrement pour l'expérience 42, vous pourrez noter la grande abondance de pigment fin dans les cellules hépatiques, donnant dans sa totalité la réaction du fer libre. Les particules sont individuellement si petites que ce n'est qu'à l'aide des plus grands pouvoirs grossissants (300 au plus) que leur grand nombre et leur situation précise dans l'intérieur des cellules hépatiques peuvent être exactement reconnus. En outre, dans les deux cas, l'absence de cellules pigmentaires dans les capillaires n'est pas moins frappante que l'abondance du pigment dans les cellules hépatiques.

La portée de ces observations deviendra immédiatement évidente quand je rappellerai que la toluylendiamine détermine, ainsi qu'on peut le voir, une augmentation dans la formation des pigments biliaires et une destruction évidente du sang, c'est-à-dire une destruction aiguë des globules rouges. Nous avons vu qu'il ne peut y avoir aucun doute que le pigment sanguin des cellules hépatiques doit son origine à la destruction de l'hémoglobine libre dans l'intérieur de ces cellules ; et il me sera, je pense, permis d'en conclure que c'est également dans l'intérieur des cellules hépatiques que les pigments biliaires si abondamment excrétés, avaient été formés. Des expériences sur les pigeons et des observations sur l'homme m'ont permis d'arriver à la même déduction. De ces expériences j'infère que c'est dans l'intérieur des cellules hépatiques et non dans les capillaires que l'hémoglobine est transformée en pigment biliaire. L'hémoglobine ainsi transformée doit s'être échappée du globule rouge avant d'avoir passé dans la cellule hépatique. Bref, la source du pigment biliaire est l'hémoglobine libre.

On voit donc que, sans refuser absolument aux cellules pigmentaires d'origine leucocytique et connective que l'on trouve par occasion dans les capillaires du foie, le pouvoir, dans certaines circonstances, de former aux dépens de l'hémoglobine des pigments similaires au pigment biliaire, je crois sans hésiter, pour les raisons que je viens de donner, qu'un tel mode d'origine des pigments biliaires est d'importance tout à fait secondaire si on le compare au mode de formation par les cellules hépatiques.

En effet, ces cellules pigmentaires sont fréquemment absentes des tissus des animaux, chez lesquels se fait une formation de pigments biliaires évidents et même parfois nettement accrue, d'une part ; et, d'autre part, ce qui est bien plus significatif, un accroissement considérable de cette formation est fréquemment associé à une augmentation du pigment sanguin dans des points où il ne peut être, selon moi, que dérivé de l'hémoglobine libre, c'est-à-dire dans la cellule hépatique. Une issue de l'hémoglobine hors du globule rouge dans le plasma du sang étant, ainsi que nous l'avons vu, la caractéristique principale d'une destruction aiguë des globules rouges comme distinction d'une destruction passive, la réponse qui ressort de mes observations à la question par laquelle nous avons commencé est celle-ci : *a.* la formation des pigments biliaires par le foie est dérivée d'une destruction active et non point passive des globules

rouges; *b*. la destruction du sang dans de certaines proportions est donc un phénomène qui a lieu journellement.

(*A suivre.*)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Le traitement hygiénique de la tuberculose pulmonaire a l'air libre et au repos. — Hivernage des tuberculeux a l'hopital Tenon, 1890-1891, par M. J.-M. Chesnay.

Que n'a-t-on pas essayé contre la tuberculose pulmonaire? Et je ne veux pas parler des innombrables moyens fournis par l'arsenal pharmaceutique depuis l'huile de poisson jusqu'à la tuberculine de Koch; me cantonnant dans le domaine de l'hygiène, je me borne à rappeler l'enthousiasme des uns pour les climats d'altitude et l'engouement des autres pour les climats de plaine.

Les climats de montagne et les stations du midi se rapprochent par la pureté de l'air, son absence de germes, par l'action stimulante qu'ils exercent sur la nutrition, par la possibilité pour la malade d'éviter le confinement de l'air. Le confinement de l'air, voilà, eneffet, le grand danger à combattre dans le cours d'une tuberculose pulmonaire et, s'il réclame l'intervention de l'hygiène au point de vue prophylactique, il n'en est pas moins prouvé qu'il exerce sur son évolution une influence décisive.

C'est pour éviter le confinement de l'air que l'idée de traiter la tuberculose par l'aération continue a été mise en pratique par de nombreux médecins des hôpitaux, en particulier, par MM. Debove, Dujardin-Beaumetz, Oulmont et Constantin Paul. On devra habituer les phtisiques à coucher la fenêtre ouverte dans la saison d'été, car on peut d'emblée faire une ventilation complète.

M. Moizard a inauguré ce traitement à l'hôpital Tenon en juin 1890; il a pu laisser ainsi ses malades à l'air libre dès les premiers jours. La température de la chambre a été prise toutes les nuits depuis le début du traitement, elle a varié eu moyenne de 8 à 17°. Pourtant, à la fin de novembre, le 26 et le 28, elle s'est abaissée à 5° à 6 heures du matin sans que les malades en aient ressenti la moindre impression fâcheuse. Craignant toutefois de voir des complications survenir, M. Moizard décida de maintenir, dans la cheminée de la pièce, un feu constant la nuit: les tuberculeux en observation purent ainsi subir sans danger les grands froids de janvier 1891. Alors que la température extérieure marquait —10°, la température de l'intérieur de la chambre, fenêtre ouverte, ne s'est pas abaissée au-dessous de 8°.

Les bienfaits du traitement à l'air libre et au repos se résumèrent en amélioration de l'état général, diminution des symptômes fonctionnels, régression des lésions pulmonaires. Il n'y a eu de contre-indication que pour les phtisiques arrivés à la période d'hecticité et pour les formes aiguës de tuberculose pulmonaire, tuberculose miliaire, broncho-pneumonie caséeuse.

Des indications de la suture osseuse dans les fractures de la clavicule, par M. P. Callegari.

Il est des fractures d'une contention difficile, en particulier celles de la rotule, celles de la clavicule. Pourquoi n'appliquerait-on pas à ces dernières les procédés qui réussissent aux premières, pourquoi ne suturerait-on pas les fragments de l'une alors que l'on suture les fragments de l'autre?

Il semble indiqué d'intervenir chirurgicalement dans les cas de fracture de la clavicule insuffisamment maintenue par les bandages classiques. On pourra trouver encore l'indication de la suture lorsqu'il existe une rupture des téguments due au traumatisme lui-même, lorsqu'il se manifeste des lésions vasculaires ou nerveuses.

On devra faire la suture de la clavicule dans les cas rares où une pseudarthrose compromettrait les fonctions du membre, où un chevauchement considérable ferait craindre une difformité ou une gêne des mouvements.

M. Callegari rapporte 2 observations recueillies l'une dans le service de M. Berger, l'autre dans le service de M. Poirier où le traitement par la suture osseuse a paru nécessaire.

Quelques considérations sur certaines formes d'arthrite blennorrhagique, par M. Jouis.

Le rhumatisme blennorrhagique, au point de vue étiologique et pathogénique, a donné lieu à des controverses très vives. Après bien des hésitations, l'accord semble établi pour l'étudier sous quatre formes différentes: 1° l'arthralgie; 2° l'hydarthrose; 3° l'arthrite aiguë; 4° l'arthrite suppurée.

Au cours de la blennorrhagie, on peut observer certaines complications articulaires qui se présentent avec un ensemble de caractères spéciaux, atypiques et par suite ne peuvent être rattachées qu'à cette variété d'arthrite décrite sous le nom d'hydarthose, dans laquelle elles forment un groupe à part. Par certains côtés, ces arthrites ressemblent aux affections articulaires de nature rhumatismale, mais l'ensemble des symptômes est bien caractéristique, et la confusion n'est pas possible, elles sont bien d'origine blennorrhagique.

Le caractère particulier de ces arthropathies réside principalement dans la marche générale de l'affection, la tendance à envahir successivement plusieurs articulations, la délitescence rapide, la guérison facile et définitive.

Contribution a l'étude clinique de la rage, par M. Marchais.

Étude clinique où l'auteur, condensant toutes les connaissances que l'on a sur le sujet, connaissances éparses de-ci de-là dans la littérature médicale contemporaine, rappelle tout ce que l'on sait sur l'étiologie, la pathogénie, l'anatomie pathologique, la symptomatologie, le diagnostic et le pronostic de la rage. Inutile d'ajouter qu'il recommande avec raison le traitement par les inoculations pastoriennes.

Ch. Amat.

BULLETIN

Académie de médecine: Traitement de l'albuminurie gravidique. — Le choléra de 1892. — Pathogénie de la tuberculose dans l'armée. — Cholécystectomie à suture perdue. — *Société de chirurgie*: Cholécystotomie pour une obstruction calculeuse du canal cholédoque. — *Société médicale des hôpitaux*: Relations éventuelles de la syphilis avec certaines amyotrophies à marche progressive. — *Société de biologie*: Concurrence vitale entre microorganismes.

Nous nous étions un peu pressé, dans notre précédent *Bulletin*, d'annoncer la clôture de la discussion sur le traitement

de l'éclampsie puerpérale : M. Jaccoud, au commencement de la dernière séance de l'Académie de médecine, a occupé la tribune pour faire connaître sa pratique à ce sujet. Cette pratique ne diffère guère de celle des précédents orateurs : diète lactée, inhalations d'oxygène, saignée s'il survient des symptômes d'obstruction rénale. Notre savant confrère a insisté seulement, d'une manière plus particulière, sur certaines précautions pratiques d'une assez grande importance, par exemple la soustraction de la femme enceinte à toute cause de refroidissement et la prescription, pour toutes les femmes en état de gestation, du régime lacté mixte, dans le but de prévenir l'albuminurie.

Après cette intéressante communication, qui ne pouvait réveiller le débat, le président a déclaré définitivement close la discussion sur l'éclampsie puerpérale.

— Nous ne ferons que signaler une courte note de M. Cornil, sur les altérations anatomiques des myômes utérins pendant la grossesse, altérations qui peuvent avoir pour conséquence l'atrophie, sinon même la disparition plus ou moins complète de ces myômes après l'accouchement, et nous nous arrêterons à deux communications d'un intérêt plus général, l'une de M. Proust sur le choléra de 1892, l'autre de M. Kelsch sur la pathogénie de la tuberculose dans l'armée.

Le choléra de 1892 présente ce fait particulier de deux courants épidémiques parfaitement distincts, marchant l'un vers l'autre jusqu'à se rencontrer, et conservant respectivement dans leur physionomie générale les caractères dus à leur origine.

Le premier courant, suivant l'ordre chronologique, est né le 4 avril dans la banlieue de Paris, a mis trois mois pour gagner la capitale, et de là a rayonné vers l'onest et le nord, jusqu'en Belgique et en Hollande.

Le second, venant du Turkestan, a suivi le chemin de fer transcaspien, s'est montré le 4 juin à Bakou et de là a envahi avec une rapidité foudroyante la Transcaucasie et le sud de la Russie, d'où il s'est étendu à diverses autres régions de l'Allemagne, de la Hongrie, de l'Autriche, de la Hollande, où il a rejoint le premier courant ; il a poussé quelques expansions jusqu'en Angleterre, en Norwége, en Danemark, en Italie, aux Etat-Unis même ; Hambourg a été son foyer le plus meurtrier.

Les deux courants, avons-nous dit plus haut, ont conservé dans leur marche, leur allure, leurs caractères différentiels. En effet, le choléra de Bakou a présenté, comme tout choléra d'importation, une grande brusquerie d'expansion, une ascension rapide de la mortalité, une rapidité de dissémination non moins marquée. Le choléra de la banlieue de Paris, choléra de reviviscence, a offert, au contraire, une lenteur notable d'expansion, d'ascension de la marche de la mortalité et de dissémination. Si autrefois, dans les grandes discussions dont le choléra a été l'objet, on a pu mettre en doute cette reviviscence d'anciens germes pour expliquer la genèse de certaines épidémies cholériques, l'étude comparative des deux courants dont il s'agit résout définitivement la question.

L'épidémie de 1892 a présenté, eu égard aux divers pays, de grandes différences comme étendue et intensité. Certains pays, tels que l'Espagne, la Suisse, la Suède, la Turquie d'Europe, la Grèce, sont demeurés indemnes. D'autres ont été à peine effleurés et les quelques cas de choléra qui y ont été importés, sont restés stériles : tels sont le Danemark, la Norwége, l'Angleterre, l'Italie, la Roumanie, la Serbie. Ailleurs l'épidémie s'est localisée dans quelques départements ou dans quelques provinces, comme en Allemagne, en Autriche, en France. Il est enfin d'autres pays qui ont été atteints sur presque toute l'étendue de leur territoire, ce sont, en première ligne, la Russie et la Perse, et, à un moindre degré, la Belgique et la Hollande.

En Russie l'épidémie n'a pas fait moins de 400.000 victimes. En Perse, sur 7 millions d'habitants, la dîme prélevée par le choléra a été de près de 80.000 personnes. Dans ce pays, si souvent fréquenté par le choléra, le nombre des victimes n'avait jamais été aussi considérable. Le foyer de Hambourg a été, aussi comme il a été dit plus haut, particulièrement meurtrier. Du 16 août à la fin de novembre, on a enregistré 19.647 cas de choléra et 8.575 décès. L'épidémie de 1832 n'avait fait, dans cette ville, que 1.495 victimes, et celle de 1848, 1.674.

M. Proust, pour chacun des pays qui viennent d'être cités, fait connaître le point d'origine ou d'importation de la maladie, l'itinéraire qu'elle a suivi, les régions et les villes dans lesquelles elle a particulièrement sévi. Dans une prochaine communication il étudiera, au même point de vue, le choléra de la banlieue de Paris.

L'épidémie de 1892 n'est pas complètement éteinte dans ses divers foyers, et il est à craindre qu'au printemps on n'assiste au réveil de quelques-uns d'entre eux. Dans différents pays, en Russie, en Allemagne, aux Etats-Unis, on se préoccupe dès à présent des mesures à prendre pour prévenir ou combattre ces reviviscences. Déjà on signale le début tout récent d'une épidémie à Marseille où M. Thoinot vient d'être envoyé pour instituer les mesures de préservation qu'il y a à prendre. S'il peut être intéressant, comme le dit M. Proust, de constater celle des deux épidémies, russe ou française, qui donnera lieu aux réveils les plus fréquents et les plus graves, espérons que le champ de cette étude comparative sera des plus restreints.

— Si le choléra fait, par poussées épidémiques, de nombreuses victimes, qui pourrait évaluer le nombre de celles qu'entraîne chaque jour la tuberculose ? M. Kelsch, dans un remarquable travail lu devant l'Académie à l'appui de sa candidature, a particulièrement étudié les conditions pathogéniques de cette affection dans l'armée.

On sait que, sous l'influence des mesures hygiéniques prises de nos jours dans les casernes, la mortalité par fièvre typhoïde a grandement diminué. On fait au bacille de Koch une guerre non moins acharnée qu'au bacille d'Eberth, et cependant la statistique des quinze dernières années montre que la tuberculose, loin de diminuer dans l'armée, tend plutôt à s'accroître. A quoi peut être dû un pareil résultat ?

En se basant sur des faits cliniques par lui observés et dans lesquels il a vu des foyers anciens et latents de tuberculose donner lieu, à un moment donné, par auto-infection, à des généralisations aiguës et chroniques de la maladie, M. Kelsch est convaincu que le soldat apporte la tuberculose à la caserne aussi souvent qu'il l'y contracte. « Tout en admettant, dit-il, que le virus tuberculeux est, dans le plus grand nombre des cas, inhalé et ingéré, il n'en est pas toujours ainsi ; souvent l'origine de la tuberculose est beaucoup plus ancienne ; elle remonte à la première enfance, à l'hérédité ; elle est restée silencieuse pendant de nombreuses années sous forme d'une

lésion caséeuse puis, sous l'influence de ces causes secondaires que connaissait si bien l'ancienne médecine, cette lésion latente devient virulente et donne lieu à des phénomènes de généralisation. »

Parmi ces causes secondaires auxquelles fait allusion M. Kelsch, on ne doit pas craindre de signaler, avec lui, « l'aggravation des obligations professionnelles imposées aux armées actuelles dans le but d'atteindre la perfection dans l'art de la guerre dans le moins de temps possible », ou, en d'autres termes, le surmenage des soldats. De là cette conclusion pratique que, s'il est bien de détruire le bacille dans les milieux ambiants, il est mieux encore d'empêcher le bacille qui dort silencieusement en nous de se réveiller et de reprendre son activité pathogène. Une troisième indication à remplir est d'éloigner de l'armée les hommes atteints de tuberculose latente; malheureusement il n'existe encore à ce sujet aucune marque suffisamment certaine de diagnostic.

— M. Ch. Monod a présenté un malade, âgé de 44 ans, auquel il a enlevé la vésicule biliaire distendue par un liquide transparent et contenant 233 calculs.

Cette transparence du liquide, qui ne renfermait aucune trace de bile, la certitude acquise par l'examen que le canal cystique était oblitéré et que la vésicule pouvait être considérée comme une cavité close devenue indépendante de l'appareil biliaire, engagèrent le chirurgien à pratiquer ce que Bernays a dénommé « la *cholécystectomie idéale* », c'est-à-dire l'ablation de la vésicule à suture perdue et la fermeture immédiate du ventre sans drainage. Le succès a été complet.

Les cas de ce genre sont assez rares; on en compte quatre ou cinq dans la science, un, entre autres, que M. Périer, a communiqué à l'Académie en 1890. C'est que les conditions qui légitiment la *cholécystectomie idéale* se réalisent rarement, comme dans l'intéressante observation de M. Ch. Monod. Bien plus souvent, au contraire, comme dans le cas dont M. Tuffier a entretenu la Société de chirurgie, on doit fixer les bords de la vésicule à la plaie abdominale.

Ce qui fait le principal intérêt de l'observation de M. Tuffier, c'est la rétraction, l'atrophie de la vésicule biliaire déjà notée dans les cas de calculs du canal cholédoque. La malade, âgée de 31 ans, avait eu plusieurs attaques de colique hépatique suivies d'ictère permanent. On diagnostiqua un calcul du canal cholédoque et l'on jugea une intervention chirurgicale nécessaire. L'opérateur, après avoir incisé la paroi abdominale et détaché de nombreuses adhérences, dut aller chercher à la face inférieure du foie la vésicule biliaire, rétractée, et dont le volume ne dépassait pas celui du petit doigt. Il put ramener le calcul du canal cholédoque dans la vésicule, qu'il incisa; mais celle-ci était tellement atrophiée, que pour extraire le calcul, il dut préalablement le broyer avec des pinces. La vésicule fut ensuite fixée à la paroi abdominale et reçut un drain. Les suites de l'opération ont été normales.

— L'infection syphilitique joue un rôle important dans la pathogénie de bon nombre de maladies du système nerveux. Dans une communication fort intéressante à la Société médicale des hôpitaux, M. Raymond a étudié plus particulièrement les relations de la syphilis avec certaines amyotrophies à marche progressive. Il s'agit ici d'amyotrophies myélopathiques, qui, par les douleurs qui les précèdent, et les véritables paralysies qui les terminent, se distinguent des amyotrophies du type Aran-Duchenne, M. Raymond a laissé aussi de côté les névrites périphériques d'origines syphiltique, ainsi que la myélite gommeuse et la myélite syphilitique précoce. Le terrain étant ainsi nettement circonscrit, notre confrère rapporte l'histoire de deux malades soumis à son observation.

Le premier, âgé de 21 ans, avait une double hérédité nerveuse; il contracta la syphilis en 1872, se livra à quelques excès alcooliques et ressentit en 1885 les premiers symptômes de la maladie, à savoir: douleurs lancinantes dans l'épaule droite, crampes de la main droite, raideur spasmodique des doigts provoquée par la moindre fatigue et cédant au repos. Plus tard, en 1889, diplopie ayant duré deux mois, douleurs lancinantes à la nuque, à l'épaule et aux bras droits, difficulté pour respirer; paralysie progressive, de dedans en dehors, des doigts de la main droite; amaigrissement progressif de la main, de l'avant-bras, de l'épaule du même côté, puis de la nuque.

En 1890, quand M. Raymond voit pour la première fois le malade, il note les signes suivants: essoufflement du malade à la moindre conversation; paralysie complète des cordes vocales; flexion et déviation à gauche de la tête; saillie considérable de la septième vertèbre cervicale, scoliose légère et ensellure notable de la région lombaire; atrophie des deux trapèzes, moins prononcée à gauche; atrophie aussi plus marquée à droite des pectoraux, des grands dentelés, des muscles de l'épaule, de la région postérieure de l'avant-bras et de la main.

Rien du côté des membres inférieurs; contractions fibrillaires et réaction de dégénérescence dans les muscles atrophiés; conservation de la sensibilité; état normal des réflexes aux membres supérieurs comme aux membres inférieurs; fonctionnement des sphincters.

L'atrophie progresse vite, tout en respectant les membres inférieurs où les réflexes s'exagèrent. La dyspnée, la dysphagie augmentent; troubles trophiques (rongeur, œdème) à la main droite; le malade succombe à des complications pulmonaires.

A l'autopsie, on a trouvé une méningo-myélite vasculaire diffuse intéressant toute l'étendue de la moelle et du bulbe, mais plus marquée à la partie supérieure de la région cervicale.

Le second malade, âgé de 40 ans, a des antécédents héréditaires nerveux du côté de sa mère. Il a eu la syphilis en 1883. A partir de 1891, il voit successivement apparaître une parésie des doigts de la main gauche, en commençant par le petit doigt; une atrophie des muscles de la nuque accompagnée de douleurs vives, une atrophie de la main droite. En 1892, quand le malade consulte M. Raymond, la tête retombe sur la poitrine, les mains sont tombantes, les doigts en griffe; les muscles des épaules commencent à s'atrophier, les membres inférieurs sont intacts. Exagération des réflexes rotuliens; absence de troubles sensitifs. Depuis lors, légère amélioration, mais persistance, à un moindre degré, de la plupart des symptômes.

M. Raymond, rapprochant de ces deux observations deux autres faits semblables publiés par Vulpian, tend à attribuer à la syphilis l'origine des accidents notés chez ces divers malades.

Suivant lui, la clinique se joint ainsi à l'expérimentation pour montrer l'origine infectieuse des certains amyotrophies et, dans ce rôle pathogénique de l'infection, une large part doit être faite à l'infection syphilitique.

— MM. d'Arsonval et Charrin continuent leurs recherches sur la coucurreuce vitale entre les microorganismes. Ils mettent aux prises le microbe pyocyanique et la levure de bière. Le premier empêche l'évolution de la seconde; mais, si l'expérience continue, celle-ci, après un certain temps, peut se développer. C'est que le bacille pyocyanique est aérobie et que, lorsqu'il a consommé l'oxygène mis à sa disposition, il s'affaiblit, sa vitalité baisse. Alors la levure reprend le dessus. De même, si la quantite de culture pyocyanique est trop faible, le développement de la levure n'est pas enrayé.

Les toxiues sécrétées par le bacille pyocyanique, au lieu d'empêcher, favoriseut, au contraire, l'évolution de la levure de bière. Il faut donc l'interventiou directe du bacille pour agir sur la levure; la lutte a lieu entre la cellule pathogène et la cellule végétale et, pour que le résultat soit à l'avantage de la première, il faut, comme daus toute guerre, que la quantité et la qualité des combattants soient suffisamment assurées.

D. F. DE RANSE.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LE SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE.

Une campagne a été ouverte récemment, daus la presse médicale, dans la presse militaire et même dans la presse politique, sur notre service de santé militaire et les vices d'organisation qu'il préseute. La question, mise à l'ordre du jour dans la dernière réuniou de l'Association de la presse médicale, a été l'objet d'une discussiou fort intéressante et une commission, nommée séance tenante, a été chargée de poursuivre, devant les pouvoirs publics, la réalisation de quelques réformes sur le principe desquelles on s'est préalablement euteudu.

Deux faits s'imposent tout d'abord à l'atteutiou : ce sont, d'une part, l'insuffisauce numérique des médecius de l'armée active; d'autre part, l'insuffisance, au point de vue de l'instruction technique, des médecius de l'armée de réserve et de l'armée territoriale. Or, s'il paraît difficile d'augmenter le nombre des premiers, ou doit au moins chercher à accroître l'instruction militaire des seconds. Le problème est déjà pratiquement résolu dans certains pays : pourquoi ne le serait-il pas également chez uous? Ce n'est pas là seulement une questiou d'intérêts professionnels, c'est avant tout une question d'intérêt géuéral, une véritable question patriotique, car la santé et même la vie de bou nombre de nos soldats peuvent être compromises par une organisation défectueuse du service de sante.

En cas de guerre, les médecins de réserve formerout environ les 5/6e de l'effectif médical. Si les médecins de l'armée active, en se multipliant, en se dépensaut outre mesure, peuvent suffire à la direction géuérale du service de santé, l'exécution reposera à peu près exclusivement sur les médecins de réserve et dans combien de cas même ne devrout-ils pas s'inspirer de leur propre initiative? Et alors quel sera leur embarras, et quelles pourront être les conséquences désastreuses pour nos troupes, s'ils n'ont pas les connaissances administratives ou techniques suffisantes pour éclairer leur déterminatiou.

C'est ce qu'on a compris à l'étranger, en Allemagne, en Autriche, en Italie où, à quelques variations prés, on a adopté les mesures suivantes : 1° faculté laissée aux étudiants en médecine de terminer leurs études professionnelles avant d'être appelés sous les drapeaux, et de faire leur service, partie dans le rang, partie comme médecins dans un hôpital ou un corps de troupes; 2° enseignement technique, comprenant toutes les parties du service, donné à ces mêmes étudiants pendant la durée de leur service militaire; 3° institutiou de cours communs aux médecins de réserve et aux médecins du cadre actif, cours dans lesquels, tout en perfectionnant les uns et les autres leur instruction, ils apprennent à se connaître et se préparent, quand le moment sera venu, à assurer l'unité du service.

En France, au contraire, les élèves eu médecine doivent interrompre leurs études pour faire leur année de service. Ils sont euvoyés dans un régiment où on leur apprend l'exercice du fusil, qui ne leur servira à rien. Cette année est douc complètement perdue, et pour eux, et pour le pays qu'ils serout plus tard appelés à servir, non comme fusilliers, mais comme médecins. Ce n'est pas, d'ailleurs, dans les stages plus ou moins rares ou écourtés de médecins de réserve, qu'ils pourront acquérir l'instruction qui leur fait défaut.

Si l'on compare uue semblable organisation à celle qui est en vigueur dans les pays cités plus haut, on voit qu'une réforme est urgente, indispensable, et que la campagne dout nous avous parlé au commeucement est amplement justifiée. Les raisons politiques qui ont poussé jusqu'à l'absurde le principe égalitaire, doiveut céder devaut l'intérêt public mieux compris. Déjà une exceptiou a été faite pour les élèves de l'École centrale, une exception analogue s'impose d'une manière bien plus pressante eucore pour les élèves en médecine; aussi ne peut-ou qu'applaudir aux propositions votées par l'Association de la presse médicale, propositions que uous reproduisons un peu plus bas, et s'associer aux efforts de la commission chargée de les faire prévaloir auprès des pouvoirs publics.

F. DE R.

MÉDECINE PRATIQUE

Dipsomanie.

ALEXANDER doune la mixture suivante comme un remède capable de permettre aux ivrognes de résister à leur peuchaut.

Teiuture de capsicum	10	gouttes.
Bromure de sodium	0 50	centigr.
Esprit d'ammoniaque	4	grammes.

A prendre en une seule fois plusieurs fois par jour.

New-York med. Journ., In Medic. and Surgic. Reporter, 12 novembre 1892.)

Émulsion d'huile de foie de morue.

Huile de foie de morue	240	grammes
Jaunes d'œufs	n°2	
Gomme eu poudre	0 80	centigr.
Teinture de beujoin	4	grammes
Esprit de chloroforme	16	—
Huile essentielle d'amandes amères	8	gouttes
Eau distillée, q. suf. pour	480	grammes

Triturez la gomme avec une petite quantité d'huile de foie de morue, ajoutez les œufs, puis en triturant constamment, de petites quantités d'eau et d'huile, alternativement, ainsi

que les autres substances, jusqu'à ce que l'émulsion soit complète.

(*British and Colon-Druggist in med and surgic. Reporter*, 12 novembre 1892.)

Excoriations chez les enfants.

Acide salicylique	0 50	centigr.
Sous-nitrate de bismuth	8	grammes
Amidon	6	—
Onguent d'eau de rose	30	—

En applications sur les excoriations des nouveau-nés.

(FLOYD M. CRANDALL, *New-York med. Journ.*)

Fièvre typhoïde.

Bichlorure de méthylène	4 grammes.
Solution de bioxyde d'hydrogène (au 1/10)	30 —
Acide chlorhydrique dilué	15 gouttes.
Eau distillée, quant. suf. pour	240 grammes.

Une cuillerée à bouche toutes les trois heures.

(RICHARDSON *Asclepiad*, p. 255, 1892.)

NOTES ET INFORMATIONS

Association de la presse médicale. — *Procès-verbal de la réunion du 3 février 1893.* — Le premier dîner statutaire pour l'année 1893 de l'*Association de la presse médicale* a eu lieu le 3 février 1893, au restaurant Marguery, 17 membres étaient présents à la réunion que présidait M. le professeur Cornil.

Trois candidatures étaient à l'ordre du jour.

L'une d'entre elles a été réservée, le journal n'ayant pas deux années d'existence (Art. V des statuts).

Les deux autres, celle de M. Bérillon (*Revue de l'hypnotisme*) et celle de M. le Dr Fournier (*Journal des maladies cutanées*) seront ultérieurement, conformément aux statuts, l'objet d'un rapport, la première par M. le Dr Gilles de la Tourette, la seconde par M. le Dr Chevallereau.

Une question de plus haute importance, le service militaire des étudiants en médecine, a été soulevée par M. le Dr Cézilly, et a provoqué une intéressante discussion, à laquelle ont pris part MM. Cadet de Gassicourt, Lereboullet, Gouguenheim, Leblond, Laborde, De Ranse, Janicot et M. le Président.

Cette discussion s'est terminée par la nomination d'une commission, chargée de soumettre à la bienveillante attention des commissions militaires du Sénat, de la Chambre des députés et de M. le Ministre de la guerre la proposition suivante votée à l'unanimité des membres présents :

« Les étudiants en médecine feront leur service militaire comme *médecins*, leurs études médicales terminées; ils devront être docteurs ou internes nommés au concours dans une ville où siège une faculté, à l'âge de 27 ans. »

A titre de mesure transitoire, l'Association de la presse médicale a en outre émis à l'unanimité les vœux suivants :

« 1° Tout étudiant en médecine pourvu de 13 inscriptions « ou nommé au concours externe ou interne des hôpitaux, « fera son service militaire comme infirmier dans une ville où « existe une faculté ou une école de médecine;

« 2° Tout médecin auxiliaire nommé au concours doit remplir réellement, pendant l'année qu'il passe sous les drapeaux, les fonctions de médecin auxiliaire. »

La Commission se compose de MM. Cadet de Gassicourt, Cézilly, Laborde, Lereboullet, M. Baudouin, secrétaire.

Service médical de nuit. — Ce service, organisé à Paris par le Dr Passant, a pris les proportions qu'il était aisé de prévoir.

Le total des visites, pendant le dernier trimestre de 1892, a été de 2.915, et le total des visites de l'année s'est élevé au chiffre de 11.893. Il n'atteignait, en 1891, que le total de 9.313. La différence en plus, pour 1892, est donc de 2.580. Il est à remarquer, d'ailleurs, que les services de la médecine de nuit sont plus appréciables encore, en temps d'épidémie, et que, comme toujours, ce sont les arrondissements pauvres qui paient le plus lourd tribut. Voilà dix-sept ans que le service de nuit fonctionne, pour le plus grand bien de la population. La première année, 1876, il fournissait 3.616 visites ; en 1892, il en a fourni presque 4 fois plus. Ces chiffres sont plus éloquents que tous les commentaires.

Union française pour le sauvetage de l'enfance (reconnue d'utilité publique), 10, rue Pasquier. — En insérant la lettre suivante, nous appelons l'attention de nos lecteurs sur l'œuvre charitable dont M. Jules Simon s'est fait l'apôtre fervent.

Monsieur,

L'Union française pour le sauvetage des enfants maltraités et en danger moral a été fondée le 19 juin 1888.

Malgré son origine récente, elle a déjà sauvé 600 enfants. Elle en a actuellement 310 à sa charge. Ce chiffre augmente de jour en jour, et les ressources ordinaires dont elle dispose sont bien vite devenues insuffisantes.

Le Conseil d'administration a décidé d'organiser une vente de charité et une tombola. Elles auront lieu l'une et l'autre les 27 et 28 février prochains au ministère de l'Instruction publique et des Beaux-Arts.

Les lots, les dons en nature et en espèces sont reçus chez M. Goudchaux, trésorier de l'œuvre, 107, rue de Richelieu.

Je m'adresse en toute confiance à votre générosité, et vous serai profondément reconnaissant de nous aider dans l'œuvre de justice et de solidarité morale que nous avons entreprise.

Veuillez agréer, Monsieur, l'assurance de ma considération très distinguée.

JULES SIMON, président de l'œuvre.

Caisse des pensions de retraite du corps médical français. — Situation au 31 décembre 1892 :

RECETTES.

Cotisations		331.920 40
Dons à la Caisse des pensions	2.589 30	
Dons à la Caisse auxiliaire	760 »	3.349 30
Profits et Pertes		675 84
Intérêts du portefeuille		51.067 15
Remboursement de valeurs		4.227 80
		391.240 49

DÉPENSES.

Portefeuille	371.515 60
Frais généraux	9.763 43
Remboursement de cotisations	2.896 90
En caisse au 31 décembre 1892	7.064 56
	391.240 49

CAISSE AUXILIAIRE.

En caisse	4.665 93

Tuberculose. — Le *New-York Recorder* offre un prix de 25.000 francs au meilleur travail sur les causes et le traitement de la phtisie. Les savants et médecins des deux mondes sont invités à prendre part au concours et à adresser au journal le résultat de leurs recherches et de leurs expériences.

Les étudiantes en Amérique. — Une réaction se manifeste, en Amérique, contre l'admission des femmes aux études médicales. La Faculté de l'Université colombienne de l'État de Washington vient de décider de fermer ses portes aux étudiantes en médecine. Il paraît que la présence des femmes éloigne les étudiants de l'autre sexe, et les directeurs de l'Université déclarent qu'ils n'entendent pas transformer leurs écoles en un séminaire de femmes. Ils ajoutent que la promiscuité des études est démoralisante pour les deux sexes.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — M. le Dr Terrier, agrégé, est nommé professeur de médecine opératoire.

Facultés et écoles des départements. — *Faculté de médecine de Bordeaux.* — La chaire de pathologie externe est transformée en chaire de clinique des maladies chirurgicales des enfants.

M. le Dr Piéchaud, agrégé, est nommé professeur de clinique des maladies chirurgicales des enfants.

Faculté de médecine de Nancy. — M. Lahaussois est nommé, jusqu'à la fin de la présente année scolaire, préparateur de physique.

École de médecine d'Amiens. — M. le Dr Lefort est nommé prosecteur.

École de médecine d'Angers. — M. le Dr Legludic, professeur de physiologie, est maintenu, pour une période de trois ans, dans les fonctions de directeur de ladite École.

École de médecine de Tours. — Le Dr Herpin, professeur d'accouchement, maladies des femmes et des enfants, est nommé, sur sa demande, professeur de pathologie externe et médecine opératoire, en remplacement de M. Gourbon, qui est nommé, sur sa demande, professeur d'accouchements, maladies des femmes et des enfants.

Mission scientifique. — M. le Dr Charles Chauvet, ancien chef de clinique de la Faculté de médecine de Lyon, est chargé d'une mission scientifique en Russie, particulièrement à Saint-Pétersbourg, Moscou et Kiew, à l'effet d'étudier la fréquence, les causes et le traitement de la neurasthénie.

Hôpitaux de Paris. — Un concours pour deux places de chirurgien du Bureau central s'ouvrira le lundi 27 mars 1893, à midi, à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria.

Le registre d'inscription, ouvert le lundi 27 février 1893, sera clos le samedi 11 mars, à 3 heures.

— Un concours pour la nomination à trois places d'interne à l'hôpital de Berck-sur-Mer s'ouvrira le 13 mars 1893, à 1 heure précise, dans l'amphithéâtre de l'Assistance publique, avenue Victoria, 3.

Le registre d'inscription, ouvert le lundi 13 février 1893, de 11 heures à 3 heures, sera clos le mardi 28 février.

Chemin de fer d'Orléans (hiver 1892-1893). — Excursions aux stations thermales et hivernales des Pyrénées et du golfe de Gascogne. — Des billets d'aller et retour, avec réduction de 25 0/0 en 1re cl. et de 20 0/0 en 2e et 3e cl. sur les prix calculés au tarif général d'après l'itinéraire effectivement suivi, sont délivrés toute l'année, à toutes les stations du réseau de la Compagnie d'Orléans, pour les stations hivernales et thermales du réseau du Midi, et notamment pour : Arcachon, Biarritz, Dax, Guéthary (halte), Hendaye, Pau, Saint-Jean-de-Luz, Saliès-de-Béarn, etc.

Durée de validité : 15 jours non compris les jours de départ et d'arrivée.

Chemin de fer d'Orléans (Hiver 1892-1893). — *Voyages dans les Pyrénées.* — La compagnie d'Orléans délivre toute l'année des billets d'excursion comprenant les trois itinéraires ci-après, permettant de visiter la France et les stations thermales et hivernales des Pyrénées et du golfe de Gascogne :

1er *Itinéraire* : Paris, Bordeaux, Arcachon, Mont-de-Marsan, Tarbes, Bagnères-de-Bigorre, Montréjeau, Bagnères-de-Luchon, Pierrefitte-Nestalas, Pau, Bayonne, Bordeaux, Paris.

2e *Itinéraire* : Paris, Bordeaux, Arcachon, Mont-de-Marsan, Tarbes, Pierrefitte-Nestalas, Bagnères-de-Bigorre, Bagnères-de-Luchon, Toulouse, Paris.

3e *Itinéraire* : Paris, Bordeaux, Arcachon, Dax, Bayonne, Pau, Pierrefitte-Nestalas, Bagnères-de-Bigorre, Bagnères-de-Luchon, Toulouse, Paris.

Durée de validité : 30 jours. — Prix des billets : 1re classe 163 fr. 50 c. — 2e classe 122 fr. 50 c.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

G. Masson, libraire-éditeur, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Mémoire sur la filariose, morphologie, anatomie, physiologie, pharmacognosie, thérapeutique, par M. A. Zune. Une brochure de 32 pages avec 8 figures dans le texte et 6 planches originales dans et hors texte. — Prix : 3 francs.

Études de clinique chirurgicale (année scolaire 1890-1891), par M. A. Le Dentu, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine. 1 vol. in-8° de 302 pages avec 36 figures dans le texte.

Leçons cliniques sur les maladies des enfants faites à l'hôpital général de Montpellier, 1889-1892, par le Dr Léopold Baumel, professeur agrégé à la Faculté de médecine : appareil digestif, appareil respiratoire, appareil circulatoire, appareil nerveux, appareil locomoteur. Peau et organes des sens, appareil génito-urinaire. Paris, 1 vol. in-8°, 8 francs.

Henri Jouve, imprimeur de la Faculté de médecine, 15, rue Racine, Paris.

De l'allaitement maternel considéré surtout au point de vue des galactagogues, par Mme Olga Gaïnewitch. Une brochure de 164 pages.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU 29 JANVIER AU 4 FÉVRIER 1893

Fièvre typhoïde, 16. — Variole, 1. — Rougeole, 3. — Scarlatine, 1. — Coqueluche, 16. — Diphtérie, croup, 30. — Affections cholériformes, 0. — Phtisie pulmonaire, 189. — Autres tuberculoses, 13. — Tumeurs cancéreuses et autres, 47. — Méningite, 28. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 41. — Paralysie, 15. — Ramollissement cérébral, 5. — Maladies organiques du cœur, 93. — Bronchite aiguë et chronique, 74. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 137. — Gastro-entérite des enfants : Sein, biberon et autres, 50. — Fièvre et péritonite puerpérales, 3. — Autres affections puerpérales 1. — Débilité congénitale et vices de conformation, 31. — Sénilité, 40. — Suicides et autres morts violentes, 30. — Autres causes de mort, 128. — Causes inconnues, 14. — Total : 1095.

Le Rédacteur en chef et gérant : F. de Ranse.

Paris. — Typ. A. Davy, 52, rue Madame. — Téléphone.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Rédacteur en chef : M. le Dr F. DE RANSE

Comité de Rédaction : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN

J. ARNOULD (de Lille), P. FABRE (de Commentry), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon)

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, avenue Montaigne (Rond-Point des Champs-Élysées)

PATHOLOGIE MENTALE

NOTE HISTORIQUE ET CLINIQUE SUR LE DÉLIRE DES NÉGATIONS,

Par le Dr E. Régis.

(Suite et fin) (1).

Pour en finir avec l'historique de la question, je mentionnerai un dernier article de Cotard à propos des idées délirantes d'immortalité et de grandeur signalées par lui et confirmées par M. Séglas dans la mélancolie anxieuse avec délire des négations. Il a pour titre : « Le délire d'énormité » (2). L'auteur y montre que les idées lypémaniaques et notamment les idées de culpabilité, ne sont pas si éloignées qu'on pourrait le croire des idées ambitieuses et qu'elles revêtent parfois une sorte de grandeur mélancolique qui en fait, si l'on peut s'exprimer ainsi, une véritable mégalomanie triste. C'est ce délire de grandiose horreur, possible dans toute mélancolie, mais habituel dans les périodes avancées de la mélancolie anxieuse avec délire des négations, que Cotard appelle *Délire d'énormité* et qui serait mieux nommé, je crois, par association des deux caractères opposés qui le composent, grandeur et tristesse, *mégalo-mélancolie* ou délire *mégalo-mélancolique*. Quoi qu'il en soit, les conclusions de ce dernier travail de Cotard sont les suivantes :

« 1° A une période plus ou moins avancée du délire anxieux, se produit souvent une pseudo-mégalomanie caractérisée principalement par des idées d'immortalité, d'immensité, etc., pseudo-mégalomanie que je propose de désigner sous le nom de *délire d'énormité*, pour le distinguer du véritable délire de grandeur ;

« 2° Ce délire d'énormité peut aboutir, dans des cas très chroniques, à de véritables idées de grandeur ;

« 3° L'apparition d'idées de grandeur à une période avancée d'un délire chronique, n'est pas spéciale au délire des persécutions. »

Je crois devoir citer enfin, comme se rattachant à la question, l'étude de diagnostic différentiel du délire hypocondriaque de négation dans la mélancolie anxieuse et dans la paralysie générale, que j'ai présentée dans une note soumise au Congrès international de médecine mentale de 1889 (1).

Telle est, aussi succincte mais aussi exacte que possible, l'histoire du délire des négations, qui tient tout entière,

(1) Voir le précédent numéro.

(2) J. Cotard. Le délire d'énormité. (*Société médico-psychologique*, 26 mars 1888.)

(1) E. Régis. Note sur le diagnostic différentiel de la lypémanie hypocondriaque et de la paralysie générale progressive. (*Congrès internat. de méd. mentale*, 1889 et *Gaz. méd. de Paris*, 1890, nos 1 et 2.)

FEUILLETON

DOCUMENTS POUR SERVIR A L'HISTOIRE DE LA MÉDECINE (1).

V. — L'on sait que les anciennes écoles de médecine, fondées la plupart par le clergé, avaient choisi saint Luc comme patron, de même que les chirurgiens avaient adopté saint Come et Damien. Il en fut de même en Flandre. Lors de la réforme, il est vrai, quelques collèges, fondés ou soutenus par les autorités communales, ne suivirent pas cette coutume, mais l'on compte ces exceptions, et saint Luc ou saint Come et saint Damien sont représentés sur les sceaux de la plupart des anciennes écoles ou confréries de médecine et de chirurgie. Il existait à Bruges une chapelle qui renfermait, paraît-il, des reliques authentiques de ces saints que le chirurgien A. Van Meddelen avait pu mettre en lieu sûr, lors du sac de la chapelle par les protestants, ainsi qu'il résulte de pièces déposées aux archives provinciales de Bruges.

Enfin, plus d'un lecteur apprendra, non sans quelque surprise, que les corporations d'apothicaires d'Ypres, de Lille, de Dunkerque s'étaient constituées sous le vocable de sainte Marie-Madeleine ! Les saints Luc, Come, Damien, avaient été médecin et chirurgiens, soit, mais Marie-Madeleine ? Mon confrère Faidherbe pense que le fait s'explique par la fusion ordinaire des apothicaires avec les épiciers et les parfumeurs, ces derniers ayant choisi Madeleine, pour leur patronne ! J'avoue que je ne suis pas convaincu et je renvoie mon point d'interrogation à mon excellent collègue de l'École de pharmacie de Paris, M. Dorveaux, qui possède à fond l'histoire des anciens apothicaires. Les *Index sanctorum professione medicorum* que nous connaissons, ne parlent pas des pharmaciens ni de Marie-Madeleine, bien entendu.

VI. — Je relève dans la notice consacrée par Faidherbe à la médecine à Béthune quelques détails intéressants. Les méde-

(1) Voir les nos 47, 50, 1892 ; 1, 1893.

comme on le voit, dans quatre travaux de Cotard, corroborés par M. Séglas. De l'ensemble de ces travaux se dégagent très nettement certaines données que nous croyons pouvoir résumer ainsi qu'il suit :

Il existe un état psychopathique essentiellement caractérisé par de l'anxiété mélancolique, de l'analgésie, de la propension au suicide et aux mutilations volontaires, des idées hypocondriaques de non existence et de destruction d'organes, du corps tout entier, de l'âme, de Dieu, des idées de damnation et de possession ; des idées de ne pouvoir jamais mourir : état de chronicité spécial à certaines formes graves de mélancolie anxieuse intermittente ou par accès. Cet état psychopathique appelé par Cotard *délire des négations*, du nom d'un de ses éléments principaux, n'a pas été considéré par son auteur comme une entité morbide, mais suivant son expression, comme un état psychique propre aux anxieux chroniques, c'est-à-dire comme un syndrome. On pourrait peut-être, pour éviter toute confusion, le désigner dans son ensemble sous le nom de syndrome de Cotard.

En dehors de ces variétés de mélancolie anxieuse grave où il se présente sous une forme simple, concrète, et pour ainsi dire typique, cet état psychopathique peut, comme l'a fait remarquer Cotard, s'observer encore dans d'autres maladies mentales, notamment dans la paralysie générale, l'hystérie, et certaines aliénations complexes, tenant à la fois du délire de persécution et de la mélancolie. Mais ici, il se limite le plus souvent à quelques-uns de ses phénomènes constitutifs, particulièrement au délire hypocondriaque de non existence ou de destruction générale ou partielle de l'individu, c'est-à-dire au délire des négations.

C'est en ces termes, je crois, que peut être résumée l'œuvre de Cotard. Il ne me semble pas, dans ces conditions, que cette œuvre ait subi une atteinte sérieuse de la remarquable et impartiale étude critique de M. Camuset, et tout ce qu'on pourrait dire, en se basant sur l'ensemble des documents rassemblés par notre distingué rapporteur, c'est que l'idée hypocondriaque de négation, comme toutes les idées délirantes, quelles qu'elles soient, se rencontre plus ou moins fréquemment à titre de symptôme dans un grand nombre de maladies mentales diverses ; tandis que sous sa forme typique, c'est-à-dire jointe aux autres éléments du syndrome et compliquant la mélancolie anxieuse chronique, elle paraît beaucoup plus rare.

Rare ou non, et elle l'est peut-être moins qu'il ne nous paraît, parce qu'elle a été insuffisamment étudiée jusqu'à ce jour, la mélancolie anxieuse chronique avec son syndrome spécial n'en existe pas moins d'une façon certaine. Il suffit, pour s'en convaincre, de comparer les cas typiques de Cotard à celui de Séglas et à celui que je vais maintenant exposer pour finir. On ne saurait, je crois, en clinique, trouver des observations plus concluantes et plus exactement semblables.

OBSERVATION.

Sommaire. — Hérédité. Arthritisme. Mélancolie anxieuse par accès : premier accès à 38 ans ; second accès à 55 ans ; troisième à 67 ans ; actuellement, quatrième accès (68 ans). A chacun des accès, réunion de tous les symptômes du délire typique des négations de Cotard : anxiété mélancolique ; idées de damnation et de possession ; propension au suicide et aux mutilations volontaires ; analgésie ; idées hypocondriaques de non-existence et de destruction de divers organes, du corps tout entier ; idée de ne pouvoir jamais mourir.

Madame Vve X... est âgée de 68 ans. Sa mère, âgée de 92 ans, est vivante et bien portante. Son père, mort dit-on d'un accident, s'est en réalité suicidé dans un accès de mélancolie. Sa fille, âgée de 42 ans, est atteinte d'une véritable cachexie nerveuse. Son fils, âgé de 48 ans, arthritique, est sujet à des crises de lypémanie consciente et son petit-fils est actuellement en traitement pour neurasthénie psychique.

La malade, de constitution lymphatico-nerveuse, est une arthritique ; elle a la face couverte d'une acné caractéristique.

A 38 ans, elle a eu un premier accès de mélancolie à forme anxieuse, pour lequel elle a été traitée dans un établissement d'aliénés. D'après les renseignements très précis de sa famille, cet accès aurait été exactement semblable aux suivants et se serait accompagné des mêmes symptômes caractéristiques. (Il n'a pas été possible de retrouver dans les archives de l'asile où elle a séjourné, les détails de son observation à cette époque.)

La malade guérit assez rapidement de cet accès et elle repri

---

cins et les maîtres chirurgiens de Béthune se sont signalés par leur indépendance et la défense de leurs intérêts. C'est ainsi que, lors de la création des médecins et chirurgiens-jurés, création qui pouvait amener dans la ville des étrangers qui, de ce fait, eussent été exempts des charges locales, et auraient été protégés, grâce à l'origine de leur nomination, la corporation des médecins de la ville acheta ces charges, pour les réserver à ses membres. De même, lorsque La Peyronie se fit autoriser à percevoir 23 sous 3 deniers, sur chacun des chirurgiens et sages-femmes de l'Artois, ceux de Béthune résistèrent énergiquement.

Les statuts des maîtres chirurgiens qui datent du XVe siècle, stipulent que pour être reçu il faut avoir accompli deux ans au moins d'apprentissage, fabriqué trois lancettes, exécuté trois saignées, fait une barbe et subi un examen théorique. Les mêmes statuts défendent aux membres de la corporation de nourrir chez eux, porc, lapin ou tout autre animal qui mange du sang.

La médecine des pauvres était bien organisée à Béthune ; on y trouve comme pensionnés, des médecins, des chirurgiens, des oculistes et lithotomistes, des sages femmes, et des apothicaires. Enfin, les mesures sanitaires étaient fort bien entendues : l'inspection de la viande de boucherie existait depuis plus de cinq cents ans, puisque selon une pièce retrouvée aux archives de la ville, par M. Faidherbe, les courtiers des « bestes » avaient entr'autres fonctions, la charge de consta- « ter que le bétail mis en vente était sain et incapable de « nuire » ; les porcs amenés au marché, n'étaient pas acceptés lorsqu'ils étaient ladres.

Dès le xve siècle aussi, les brasseurs ne fabriquaient la bière qu'en se conformant aux procédés indiqués par les magistrats et l'hygiène des rues était également réglementée. D'autre part, les lépreux et les gens soupçonnés de lèpre, examinés avec soin, étaient admis au besoin à la maladrerie. Un sieur Jean Benoit, à qui on avait « don et ottroy » d'une charge de la ville, fut inspecté, d'office, par les chirurgiens, parce qu'

sa vie de famille. Dix-sept ans plus tard, à 55 ans, second accès de mélancolie anxieuse, absolument analogue, pour lequel l'internement ne fut pas pratiqué et qui fut également suivi de guérison. Douze ans après, à 67 ans, c'est-à-dire l'année dernière, au mois de juillet, troisième accès de mélancolie anxieuse, toujours avec les mêmes caractères, terminé au bout de trois mois. Le 27 février 1892, après quelques jours de malaises généraux et de sensation de faiblesse extrême, apparition brusque d'un quatrième accès, durant lequel j'ai pu observer et étudier la malade, de concert avec son médecin traitant, le dr Teulières, ancien interne des asiles, à qui je dois la meilleure partie des notes de cette observation.

L'accès actuel a débuté par une phase d'agitation anxieuse avec plaintes, exclamations douloureuses, blasphèmes impulsifs, à laquelle a succédé une phase d'immobilité cataleptiforme avec mutisme et refus d'aliments. Plusieurs alternatives de ce genre se sont produites consécutivement, sans intermittence régulière.

Le 24 mars, jour de ma visite, je trouve la malade couchée, la tête tournée vers le mur, les yeux fermés, ne bougeant pas. C'est à grand'peine qu'on la décide à se tourner et à ouvrir les yeux. Elle paraît fatiguée, affaiblie et son éruption d'acné lui couvre la face comme d'un masque de rouge vif.

Je l'interroge : elle finit par répondre à toutes les questions, mais après un temps, lentement, en réduisant au minimum le nombre de mots à dire et en séparant par un intervalle chaque syllabe, absolument comme le ferait une poupée articulée. Elle m'explique ainsi qu'elle est en *pierre*, « statue », « matière inerte », « espèce de chose » on « saleté » et qu'elle ne peut mourir, ce qui est sa grande désolation. Elle n'a ni yeux, ni tête, ni cheveux, ni langue, ni cœur, ni aucun organe ; elle parle d'elle en disant « ça ». « Ça est une matière inerte, ça n'est pas creux, c'est comme du bois ». « Ça a environ un mètre cinquante de long, les mains et les pieds extrêmement petits, tout petits, la tête très grosse ». « Ça est damné, possédé par le diable ».

Elle accepte, bien, quoique avec un peu de résistance, d'avaler quelques liquides, mais comme elle n'a ni bouche, ni rien, elle affirme que ça ne coule pas dans le corps, mais que ça se répand sur la serviette, qui est « imperméable ».

Priée de s'asseoir sur son lit en vue de faciliter l'auscultation, la malade dit d'abord qu'elle ne peut pas ; puis lorsqu'on la soulève, elle se meut avec raideur et tout d'une pièce, réalisant dans ses mouvements par saccades la mimique caractéristique des automates de Vaucanson. Bien entendu, elle n'a ni pouls, ni battements, ni cœur, ni poumons, ni respiration.

Quand on lui dit qu'à tel moment on l'a levée, qu'elle est allée à la chaise, qu'elle a fait dans son vase, elle répond par des négations. Si on lui rappelle que mariée, elle a accouché et qu'elle a deux enfants, elle ne nie plus, mais elle explique qu'on avait dû mettre un double ventre comme une poche, au devant de sa matière inerte, et que ses enfants sont à elle sans cependant être à elle.

Cette idée qu'elle n'est pas bâtie comme tout le monde et qu'elle est en matière inerte, remonte, comme nous l'avons dit, très loin : d'après les renseignements très explicites de la famille, elle s'est manifestée dès le premier accès et c'est son retour qui, chaque fois, annonce le début de la récidive. Le plus souvent la malade traduit sa conviction délirante en disant qu'elle est « en pierre », « une statue », « espèce de chose », « de composition spéciale », « qu'elle ne vit pas comme tout le monde, qu'elle n'a pas d'organes », et elle explique cela en disant que sa mère, étant enceinte d'elle, avait visité un musée de cire, ce qui l'avait troublée au point de la faire accoucher d'une statue. Aussi est-elle brouillée avec sa mère qu'elle accuse de son malheur.

La conséquence de ce délire, chez elle, comme chez toutes les malades de cette espèce, est, suivant la très juste remarque de Cotard, l'idée qu'elle ne peut mourir et que, comme Ahasvérus, elle est éternellement condamnée à traîner le poids de son infortune. Durant ses premiers accès, elle a, à diverses reprises, tenté de se mutiler et de se donner la mort ; mais elle comprend qu'étant en pierre, en statue, elle n'arrivera jamais à mourir, ce qui la désole. Aussi ne fait-elle plus, à proprement parler, de tentatives de suicide, les considérant comme absolument inutiles ; mais elle essaie de trouver un moyen quelconque de disparaître à tout jamais. Ce qu'elle voudrait, c'est qu'on l'oubliât, et qu'on l'enfermât dans une armoire, sans plus s'occuper d'elle, car elle fait honte aux siens par son aspect ; elle est bien sûre qu'après des centaines et des centaines d'années on la retrouverait là, toujours dans le même état, parce qu'elle n'est pas en chair, mais en matière inerte. A-

---

était soupçonné de syphilis. M. Faidherbe rappelle à cette occasion la mesure prise par les échevins de Douai « qui faisaient « soigneusement examiner le concierge de la halle échévinage « et sa femme parce qu'ayant l'habitude de se faire servir un « repas chez lui après leurs réunions, le soin de leur santé et « la sécurité de leurs chères personnes les incitaient fortement « à se mettre en garde contre une contamination des plus dé- « sagréables. »

Béthune, ajoute M. Faidherbe, fut visité par toutes les grandes épidémies qui dévastèrent l'Europe, et des mesures énergiques ont toujours été prises par les magistrats. Les personnes atteintes de la peste devaient quitter la ville immédiatement, clore leurs maisons, et faire appliquer devant, une botte de paille ; elles ne pouvaient rentrer qu'après leur guérison, le tout, sous peine de bannissement. La même ordonnance, datée du 15 mai 1521, interdisait de recevoir chez soi des personnes suspectées d'être atteintes de peste. En 1576, une femme et un enfant, étant morts de cette maladie, les habitants de la maison et le prêtre qui avait administré la femme, « durent s'abstenir de toute communication avec les personnes non contaminées, et ils furent astreints à porter à la main, la verge blanche, pour prévenir du danger qu'il y avait à s'approcher d'eux ».

On voit, par ce qui précède, que les mesures d'isolement et les autres prescriptions sanitaires, si difficiles à faire exécuter chez nous, se trouvaient cependant pratiquées dans le nord de la France, dès le XVIe siècle.

VII. — La thèse de doctorat de M. Faidherbe très documentée, résume d'une part ce qui précède et complète tout ce qui concerne les médecins et les chirurgiens de Flandre, avant 1789. Quelques-uns des chapitres de cette thèse sont d'un grand intérêt. Ainsi, celui de *la condition sociale des médecins et des chirurgiens*, par exemple : origine, degré de considération, droits civiques, c'est-à-dire, ceux qu'ils pouvaient avoir de prétendre aux charges communales et aux autres emplois,

plusieurs reprises, sous l'influence de cette idée, elle est allée s'enfouir dans divers endroits, comme un meuble mis au rancart. Une fois entre autres, il y a quelques années, son mari et son fils ne la trouvant plus nulle part, l'ont cherchée pendant une journée et demie au dehors et ont même prévenu à la police et à l'hôpital : enfin à force de chercher, on a aperçu le bout de sa bottine sous un amas de vieilleries dans le grenier et on l'a découverte là, dans la posture et l'immobilité d'une statue, attendant non la mort, mais l'éternité. D'autres fois, dans l'anxiété de ses crises, elle s'est laissée tomber à terre, n'accusant aucune douleur, et on craint toujours dans ses accès, non pas qu'elle cherche à se tuer — elle est convaincue que c'est impossible — mais qu'elle s'élance sur le parquet, dans le feu ou du haut d'une fenêtre, croyant qu'elle ne peut se faire de mal. Souvent, elle supplie l'entourage ou le médecin « de la faire disparaître, de la mettre entre quatre murs ou au grenier dans une armoire fermée à clef, ou de la précipiter au fond de la mer, ou encore de la jeter au feu. » — Mais alors, lui dit-on, vous brûlerez? « Oh! non, répond-elle, je suis d'une matière, espèce de composition que le feu ne peut détruire ; malheureusement, car je voudrais être mortelle. C'est précisément le malheur, c'est que je ne mourrai jamais. »

En même temps qu'elle nie ses organes, son existence, qu'elle croit à sa triste immortalité et qu'elle désespère de pouvoir jamais mourir, Mme X... s'imagine être possédée et damnée. Les jours où entièrement plongée dans l'immobilité cataleptiforme, elle reste muette ou ne prononce que quelques monosyllabes de la manière que nous avons décrite, elle prétend qu'étant matière inerte ou statue, elle ne peut, par suite, rien dire ; mais lorsque dans ses phases d'excitation, elle abandonne son langage pathologique pour parler à peu près comme tout le monde, elle explique, si on lui en fait l'observation, que ce n'est pas elle qui parle, mais bien le diable qui la possède. Un jour qu'elle se lamentait encore sur son étrange nature, elle ajouta que le « Créateur » l'avait faite ainsi. Son médecin lui dit : « le bon Dieu? » — Non, dit-elle, je ne puis prononcer ce mot, « je suis le diable ou quelque chose du diable ». Et elle reprend : « Il fallait un expiateur et c'est ça que le Créateur a choisi. C'est ça, saleté, appelée dans les livres saints : *immonde*. » Et elle termine en disant : « Mettez-moi donc entre quatre murs ou jetez-moi à l'eau ». Je ne crois pas que la malade ait de véritables hallucinations, bien qu'au début de l'accès actuel, elle prétendit que c'était saint Antoine qui la faisait parler et blasphémer et qui lui dictait des ordres. En tout cas, elle a des illusions bien nettes de la vue : elle croit apercevoir, notamment, la figure du diable dans les veines du bois de son armoire à glace.

J'ai soigneusement interrogé la sensibilité de Mme X... sur la peau et diverses muqueuses et j'ai constaté une analgésie générale et à peu près absolue. Elle reconnaissait le contact, mais n'accusait aucune douleur. Son médecin, qui a renouvelé bien des fois l'expérience, est convaincu qu'elle sent à un degré difficile à déterminer, mais qu'elle prétend ne pas souffrir par conviction délirante, pour jouer son rôle de statue. Il en voit la preuve dans ce fait que les piqûres, pincements, etc., sont suivis de réaction physiologique et que l'attouchement des muqueuses détermine également certains réflexes. Un jour, fortement piquée à la jambe, la malade la retire vivement. Le dr Teulières lui demande ce qu'on lui a fait. Rien, dit-elle, évidemment pour rester logique avec elle-même dans son idée de matière inerte. L'insensibilité serait donc ici plus apparente que réelle et il y aurait lieu de rechercher s'il n'en est pas de même dans la plupart des cas de cette espèce.

Quant aux autres viscères et organes de l'économie, ils ne présentent rien d'anormal.

Mme X..., après des alternatives de paroxysme et d'accalmie relative, est revenue depuis quelques semaines à l'état calme. Je ne l'ai pas revue depuis cette époque et je le regrette, car je serais très désireux de savoir si, durant l'intervalle de ses accès, elle a sa raison parfaite et si elle abandonne totalement ses conceptions délirantes. C'est un point que je ne manquerai pas, certainement, d'éclaircir ultérieurement. Quant à son médecin, il est convaincu que, depuis le premier accès qu'elle a eu en 1862, et pendant lequel elle a été internée, la malade a *toujours* conservé son délire pour ainsi dire à *l'état latent*. Durant ses intermittences, elle mettrait toute sa volonté en jeu pour cacher ses idées de négation aux étrangers. Quant aux accès, simples phases d'activité délirante, ils seraient en rapport direct avec une débilitation organique entraînant précisément l'impuissance de cette volonté à cacher les croyances maladives.

---

leurs rapports avec les autres classes dirigeantes, avec le clergé, la haute bourgeoisie, etc., tout cela est étudié avec soin et renferme plus d'un détail piquant. Tous nos lecteurs ne savent pas certainement que notre confrère, le chirurgien maître Jean d'Arneux, portait à Douai, le titre d'empereur de la confrérie des clercs parisiens et que notre autre confrère, Michel de Swaen, de Dunkerque, était prince de la rhétorique, charges honorifiques très recherchées. Un autre chirurgien, Michel d'Oudembourg, était en même temps capitaine des arbalétriers de la ville de Bruges. Ayant conduit ses hommes au siège de Saint-Omer, il reçut à cette occasion, double paye, nous apprend M. Faidherbe, parce qu'il toucha et comme officier et comme chirurgien.

Non moins intéressant est le chapitre relatif aux études médicales. Il contient l'historique de la fondation de la Faculté de médecine de Douai et celle du collège des chirurgiens de Lille.

L'auteur nous donne aussi, à propos des praticiens sans diplômes, des anecdotes authentiques ou peu connues que nous ne voulons pas garder pour nous seul. Lorsque le comte de Flandre, Arnoul-le-Vieux, malade de la pierre, fit appel aux chirurgiens, il en vint de tous côtés, et de plus ou moins réguliers. Ils firent *devant lui*, 16 opérations de taille, et sur 16, 15 sujets guérirent ; mais plus effrayé par la mort de celui qui mourut en peu d'instants, que rassuré par la guérison des 15 autres, le comte ne voulut pas se laisser opérer.

La plupart des praticiens libres, comme dit M. Faidherbe, s'affublaient de titres aussi baroques qu'expressifs ; les guérisseurs de hernies s'appelaient : *inciseurs de gens desrompus* ou *trancheurs de la descente des boiaux* ; les rebouteurs étaient connus sous le nom de *renoueurs* et *d'ostéologistes !* Tous ces spécialistes étaient des ambulants, vieille coutume qui date de l'antiquité et qui, au commencement de ce siècle, existait encore dans toute la France.

Les chapitres qui suivent sont consacrés à l'étude de la profession de médecine dans ses rapports avec les services

Cette interprétation est plausible, et en tout cas il sera intéressant de s'assurer si elle répond à la réalité (2).

Je n'ai plus maintenant, pour terminer cette observation, qu'à reproduire ici quelques-unes des phrases et des expressions les plus typiques de la malade, recueillies au jour le jour et pour ainsi dire sous sa dictée, par le médecin traitant.

2 avril. (En riant). « Voyez cette idée drôle; je voudrais que ce morceau de pierre, ma tête, puisse dormir. C'est impossible et malgré vos soins et votre puissance, vous n'y arriverez pas. Cachez-moi cette vilaine figure, je suis le diable, c'est la maison du diable. » Et elle accompagne ces mots d'un rictus sardonique.

Le 5. « Parlons bas, à cause de nos pauvres enfants qui doivent rougir de voir cette saleté chez eux. Quand me ferez-vous disparaître ? »

Le 11. Excitation. Plus de langage monosyllabique. « Je suis le diable. Ce n'est pas moi qui parle. C'est le diable qui parle en moi. »

Le 12. Langage monosyllabique. Prédominance des idées hypocondriaques et de négation. « Je ne peux pas parler, parce que ma langue est petite, presque comme le bout du petit doigt. C'est à peine si je puis dire oui ou non ». Et comme son médecin lui fait remarquer qu'elle vient de parler, elle répond : « Quand les mots sont plus longs, ce n'est pas moi qui parle ; vous croyez que c'est moi, mais c'est quelque chose qui parle pour moi. Ma langue est trop courte. D'ailleurs, je suis si petite, voyez ». Elle ne veut pas être purgée et rit à l'idée qu'on voudrait faire purger une matière inerte, une pierre.

(1) 6 février 1893. — La malade est beaucoup mieux portante, physiquement et, dans un état habituellement calme. De temps à autre cependant, tous les 8 ou 15 jours environ, elle exprime à nouveau son délire et redevient « statue complète ». Son délire de négations ne se limite plus comme autrefois à elle-même, mais s'étend aux autres. Durant les intervalles de calme et de raison apparente, le délire persiste à l'état latent et on peut le faire renaître par des questions appropriées. (Dr. Teulières).

publics : assistance publique, hôpitaux, médecine légale, médecine militaire, les honoraires, les impôts. — Ceux concernant les médecins des courtes de Flandre et les médecins flamands en général donnent des détails biographiques, très souvent inédits, et une analyse bien faite des règlements et coutumes des corporations de chirurgiens, avec les sceaux et les armoiries de ces confréries. La partie bio-bibliographique offre un réel intérêt et nous engageons l'auteur à la publier un jour, séparément, en la complétant de tous les médecins de la Flandre, dans les nombreux documents imprimés et manuscrits des archives publiques et privées qu'il a eu la bonne chance de découvrir. Il a donné, à la fin de sa thèse, un certain nombre de ces documents, ainsi qu'un tableau général des honoraires médicaux des plus instructifs, puisqu'il nous donne à la fois et les titres des médecins publics dans les villes du nord, et leurs honoraires.

En résumé, l'ouvrage-thèse de M. Faidherbe vient combler une lacune importante dans l'histoire de la médecine en France ; c'est le meilleur éloge que nous puissions en faire.

Dr A. Dureau.

Cette observation, que je m'excuse d'avoir faite si longue, en raison de son intérêt, me paraît absolument concluante, et, si on la compare, comme je le disais aux observations analogues de Cotard et à celles de M. Séglas, on ne peut qu'être frappé de leur identité absolue. Je ne crois pas même qu'il en existe de plus entièrement conforme à la description de l'auteur. C'est pourquoi, je le répète, ma conviction sur la réalité clinique de l'état psychopathique mis en lumière par Cotard est aujourd'hui, d'ores et déjà, entière et j'ai la certitude que cette conviction sera partagée par tous ceux qui auront comme moi la bonne fortune d'observer un cas typique de ces formes graves de mélancolie anxieuse, rares peut-être, mais en tout cas indéniables.

Il y aurait bien des points à relever et à reprendre isolément dans l'ensemble des travaux de Cotard sur la question, en particulier ceux qui ont trait à l'analgésie, à la perte de la vision mentale, au délire d'énormité chez les mélancoliques anxieux chroniques. Ce sont là, en effet, tout autant de conceptions à la fois psychologiques et cliniques ébauchées à larges traits, plutôt qu'étudiées en détail par lui, et qui méritent de fixer plus complètement l'attention. Pour ma part, j'aurais voulu, à propos de la pseudo-mégalomanie ou délire d'énormité, tenter une étude spéciale des idées de grandeur dans la mélancolie, et aussi discuter la place nosologique à attribuer au délire de négations et d'énormité de la mélancolie anxieuse, ne croyant pas avec M. Séglas, qu'il s'agisse bien exactement d'une forme de paranoia ou délire systématisé secondaire.

Je compte reprendre ces sujets plus tard. Pour l'instant, j'ai voulu me borner à montrer que les travaux de Cotard sont entièrement d'accord avec les enseignements de la clinique et qu'ils répondent exactement à la réalité des faits. Je suis heureux d'avoir pu ainsi rendre un hommage mérité à la mémoire de celui qui fut un de nos plus distingués et de nos plus estimés confrères.

PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE

SUR LA PATHOGÉNIE DU DIABÈTE. RÔLE DE LA DÉPENSE ET DE LA PRODUCTION DE LA GLYCOSE DANS LES DÉVIATIONS DE LA FONCTION GLYCÉMIQUE,

Par MM. A. Chauveau et Kaufmann (1).

Il n'est guère de sujet qui importe plus aux progrès de la physiologie générale que la pathogénie du diabète. La fonction glycémique joue, en effet, un rôle des plus importants dans les actes nutritifs, en concourant à l'alimentation des sources de la force vive nécessaire au travail physiologique de l'organisme animal. Une théorie nette et précise des troubles qui se traduisent, par le diabète sucré, dans cette fonction, serait donc d'un précieux secours pour l'étude des phénomènes délicats et complexes de la nutrition. Le but de cette note n'est pas de fournir cette théorie, mais d'en préparer les bases, en montrant quelle est la cause immédiate de la déviation fonctionnelle qui provoque le diabète sucré, c'est-à-dire la glycosurie.

(1) Mémoire lu à l'Académie des sciences. (Séance du 6 février 1893.)

Nous rappellerons d'abord, en quelques mots, ce qui est entendu ici par la *fonction glycémique* et ses déviations.

Le sang, privé de tout apport alimentaire, c'est-à-dire étudié sur un sujet soumis au jeûne, contient constamment de la glycose. C'est celui des veines sus-hépatiques qui est le plus sucré de toute l'économie, et le sang veineux de la circulation générale est toujours moins riche en glycose que le sang artériel. Ce sucre physiologique est donc en état de formation et de destruction incessantes. Il est formé dans le foie (Cl. Bernard) et détruit ou transformé dans les réseaux capillaires intermédiaires entre les artères à sang rouge et les veines à sang noir (A. Chauveau). C'est cette condition du sang qui est exprimée par le terme de *fonction glycémique*. Expression impropre sans doute, car elle fait entendre une manifestation d'activité, un mouvement et ne s'applique, en réalité, qu'à une sorte d'état statique. La *vraie fonction glycémique* se compose des actes nutritifs intimes qui préparent, transforment et utilisent les matériaux du sucre du sang. Mais il y a grand avantage, en raison de la commode simplicité qui en résulte pour l'exposition, à caractériser ces actes, peu connus dans leur mécanisme immédiat, par l'état qu'ils communiquent au sang, au point de vue de la teneur en glycose.

Cet état du sang est communément désigné par l'expression de *glycémie*. On emploie aussi couramment celle d'*hyperglycémie* et d'*hypoglycémie*, appliquées aux cas d'exagération ou de diminution de la *glycémie normale* ou *physiologique*. La *fonction glycémique* représente donc d'une manière assez heureuse l'ensemble des actes qui aboutissent au maintien, à la permanence de la glycose dans le sang, à l'équilibre entre la dépense et la production de cette substance. Prendre ainsi les choses en bloc, ce n'est pas éluder les difficultés que présente l'analyse des phénomènes, mais restreindre provisoirement le champ des investigations pour en rendre l'exploration plus facile.

On sait que la *glycosurie*, symptôme essentiel du diabète sucré, est le fait de l'*hyperglycémie*, c'est-à-dire d'une accumulation anormale de sucre dans le sang. Mais quelle est la cause immédiate de cette hyperglycémie? Le sang devient-il trop riche en sucre parce que les tissus cessent d'emprunter cette substance au fluide nourricier pour les besoins des actes nutritifs qui se passent au sein des éléments anatomiques? Ce fluide s'enrichit-il, au contraire, en matière glycosique, parce que le foie en verse davantage dans le torrent circulatoire, ou même parce que d'autres organes deviennent alors des auxiliaires du foie dans la fonction glycoso-formatrice? En d'autres termes, est-ce la dépense du sucre qui s'arrête ou la production qui s'exagère quand cette substance s'accumule dans le sang du diabétique, au point de provoquer une élimination par la voie rénale? C'est le premier problème qui se pose. Les cliniciens et les physiologistes ont cherché à le résoudre. Sa solution reste néanmoins toujours en suspens.

La méthode à laquelle nous avons eu recours, pour essayer de trouver cette solution, repose tout entière sur les résultats de l'analyse comparative des sangs artériels et veineux de la circulation générale. Trois cas pouvaient se présenter: ou bien le sang veineux serait, comme à l'état normal, moins riche en glycose que le sang artériel, et alors l'hyperglycémie devrait être mise sur le compte, non d'un défaut de consommation de la glycose, mais sur celui d'un excès de production; ou bien, les deux sangs se montreraient à peu près également riches en sucre, ce qui impliquerait nécessairement une dépense nulle de cette substance dans les réseaux capillaires et placerait dans ce défaut de dépense la cause de l'hyperglycémie; ou bien, enfin, le sang veineux deviendrait toujours plus sucré que le sang artériel, d'où indice certain que l'hyperglycémie est due à une production de glycose sur place, dans tous les tissus de l'économie. Voilà le principe auquel nous avons demandé la solution du problème de l'hyperglycémie diabétique.

Mais il nous a paru que, pour donner à cette solution un caractère vraiment scientifique, nous ne devions pas considérer seulement le cas du diabète. Nous avons pensé que, dans cette étude de la dépense de glycose effectuée par l'organisme troublé, il nous fallait comprendre toutes les déviations de la fonction glycémique, les modifications en moins, comme les modifications en plus, l'*hypoglycémie* avec l'*hyperglycémie*, à tous les degrés qu'elles peuvent présenter.

Nombreux sont les cas dans lesquels l'*hyperglycémie* et l'*hypoglycémie* peuvent être provoquées expérimentalement. Nous les avons étudiés à peu près tous; mais nous nous sommes particulièrement attachés, pour le moment, d'une part, aux espèces où les déviations de la fonction glycémique sont provoquées par une atteinte du système nerveux central; d'autre part à l'hyperglycémie du diabète expérimental de von Mering et Minkowski. On devinera aisément les raisons de ce rapprochement, nous espérons être en mesure de les développer prochainement en montrant par quels liens le diabète pancréatique se rattache à l'hyperglycémie et à la glycosurie de cause nerveuse centrale.

Nous croyons inutile de fournir aucun détail sur nos procédés expérimentaux. Il nous suffira de donner quelques indications générales à ce sujet.

Et d'abord, prévenons que notre étude actuelle vise exclusivement la glycogénie essentiellement autochtone, indépendante de toute intervention des matières sucrées ou saccharifiables fournies au sang par le travail de la digestion. Nos expériences ont donc toujours porté sur des sujets (des chiens) en état de jeûne.

Ajoutons que, dans ces expériences, la cueillette et le traitement des deux sangs qui doivent être comparés ont été exécutés dans des conditions d'uniformité aussi parfaites que possible. Pour assurer l'exactitude des résultats comparatifs des deux analyses, il faut, en effet:

1° Que les deux sangs soient recueillis *simultanément et en même quantité*;

2° Qu'on les traite exactement de la même manière;

3° Que les opérations en général, particulièrement le dosage de la glycose par la liqueur titrée, soient toujours exécutées par le *même* manipulateur exercé.

Il est bien rare qu'avec ces précautions on n'arrive pas à une constante exactitude, mais il n'en faut négliger aucune. On doit tenir surtout (ce qui n'est jamais bien difficile) à ce que les deux sangs soient puisés *en même temps* dans les deux vaisseaux: il suffit parfois d'un si court intervalle pour que la composition du sang se modifie, surtout dans les expériences où l'on fait intervenir les lésions du système nerveux! Il nous est arrivé, il est vrai, d'être obligé

de donner quelque accroc à ce principe de l'identité absolue des conditions expérimentales : c'est de peu de conséquence quand les expériences sont multipliées. En effet, les petites irrégularités qui peuvent se produire alors, dans le dosage du sucre, se noient dans la masse des résultats irréprochables et n'en modifient pas sensiblement la moyenne.

A l'état physiologique, l'analyse comparative du sang artériel et du sang veineux, pratiquée dans les conditions qui viennent d'être rappelées, ne manque jamais de démontrer que le sang veineux est moins riche en sucre que le sang artériel. Pourquoi ce fait, que nous avons pu vérifier des centaines de fois depuis sa première constatation en 1856, a-t-il été accepté tardivement et trouve-t-il même encore quelques contradicteurs, quoiqu'il n'y ait probablement plus un seul physiologiste qui n'admette la destruction particelle de la glycose du sang dans la traversée des capillaires ? Il ne faut accuser, croyons-nous, que l'inobservation de la prescription dont il vient d'être question, concernant la rigoureuse uniformité à introduire dans les conditions des analyses comparatives, destinées à mettre en évidence la différence de composition des deux sangs. Et malgré cette inobservation possible, il n'en reste pas moins acquis que les physiologistes dissidents qui ont fait un certain nombre de ces analyses arrivent aux mêmes résultats moyens que nous-mêmes. C'est ce qu'il nous serait très facile de démontrer, en citant, par exemple, les tableaux dans lesquels Seegen expose la composition moyenne du sang de la veine porte comparé à celui de l'artère carotide, dans les cas de jeûne ou d'alimentation avec de la viande ou des corps gras.

Or, *la même infériorité du sang veineux sur le sang artériel, au point de vue de la teneur en sucre, se retrouve dans toutes les déviations de la fonction glycémique qui sont provoquées par une lésion du système nerveux central. Cette infériorité se montre également dans l'hyperglycémie qui suit l'extirpation du pancréas.* La démonstration en sera faite par la présentation des résultats de nos analyses dans chaque cas particulier.

REVUE DES JOURNAUX

CONTRIBUTION A LA PATHOLOGIE DU DIABÈTE

I.—DIABÈTE CAUSÉ PAR DES CALCULS DU PANCRÉAS, par le Dr FREYHAHN. (*Berliner Klin. Wochenschrift*, 1893, n° 6, p. 129.)

II.—SUR LES AFFECTIONS OCULAIRES EN RAPPORT AVEC LE DIABÈTE, par V. KAMOCKI. (*Archiv für Augenheilkunde*, t. XXV, p. 209.)

I. — Les relations du diabète avec certaines affections du pancréas sont admises aujourd'hui par tous les pathologistes. Le mécanisme suivant lequel les troubles fonctionnels ou organiques du pancréas retentissent sur la fonction glycogénique pour engendrer le diabète est encore très discuté. Un fait paraît acquis, c'est que, pour produire le diabète, les lésions pancréatiques doivent aboutir à une destruction presque complète du tissu glandulaire du pancréas. Pour peu qu'une portion de ce tissu conserve son intégrité structurale, les fonctions du pancréas s'exécuteront dans une mesure suffisante ; on s'explique qu'en pareil cas le diabète fasse défaut.

Deux observations de Freyhahn apportent une nouvelle confirmation de cette manière de concevoir les rapports du diabète et des lésions du pancréas. Dans les deux cas il y avait en cause une affection calculeuse du pancréas, qui avait abouti à la suppression fonctionnelle complète de cette glande.

La première observation de M. Freyhahn concerne un homme de 35 ans, resté bien portant jusque six mois avant son entrée à l'hôpital. Sa maladie a débuté d'une façon insidieuse, par des points de côté, des douleurs dans la poitrine, de la toux, une faiblesse qui est allée croissante. Le malade prétendait avoir maigri de 30 livres. Quinze jours avant son entrée à l'hôpital, il avait remarqué qu'il urinait plus souvent et davantage, la nuit comme le jour.

En l'examinant on constata l'existence d'une lésion des deux sommets. Les crachats contenaient de nombreux bacilles de la tuberculose. La quantité d'urine des vingt-quatre heures était de 2 litres, contenant 3,1 p. 100 de sucre ; pas d'albumine. La quantité de sucre rendue par les urines en vingt-quatre heures a oscillé entre 60 et 90 grammes.

Après cinq semaines de séjour à l'hôpital, le malade a succombé à son affection tuberculeuse. Voici ce qu'a révélé l'examen du pancréas :

La glande était considérablement atrophiée (atrophie en masse), d'une consistance molle. Son poids était réduit à 30 grammes ; en longueur la glande mesurait 17 centimètres, et en épaisseur 2 centimètres. Le tissu glandulaire était remplacé presque partout par de la graisse. Sur des surfaces de coupe, on ne trouvait presque aucune trace de la structure du pancréas. Dans l'axe de l'organe cheminait le canal pancréatique, fortement dilaté, pourvu de dilatations sacciformes latérales qui lui donnaient un aspect variqueux. Le canal était obstrué par des calculs de dimensions variables, granuleux, ressemblant à de petites framboises, d'un blanc grisâtre. Ces concrétions étaient formées presque exclusivement par du carbonate de chaux. A l'examen microscopique des coupes de la glande on ne découvrait pas de traces de cellules glandulaires.

La seconde observation reproduit à peu de choses près les traits de la première. Elle concerne une femme dont la maladie datait de quatre années et avait débuté par de l'abattement, des tiraillements douloureux dans les membres. Plus tard, les tiraillements avaient fait place à des douleurs lancinantes très vives. En même temps la femme était venue en proie à une soif et à une faim très vives ; la sécrétion urinaire avait beaucoup augmenté. Puis l'appétit avait diminué ; la malade avait maigri beaucoup. Au moment de son entrée à l'hôpital, elle était réduite à un état squelettique ; elle ne pesait plus que 66 livres. La quantité d'urine des vingt-quatre heures était de 2 litres contenant 8 p. 100 de sucre.

La femme a succombé à une tuberculose pulmonaire intercurrente ; dans les derniers temps, la quantité des urines avait sensiblement diminué, la quantité de sucre avait baissé jusqu'à zéro ; albuminurie.

A l'autopsie on a trouvé, à la place du pancréas, une masse de même forme et de mêmes dimensions que cette glande, constituée presque exclusivement par de la graisse et du tissu conjonctif. Dans la portion qui correspondait à la tête de la glande on découvrait seulement quelques rares lobules, derniers vestiges du parenchyme du pancréas. La consistance de ce qui restait du pancréas était molle. Dans la partie qui correspondait à la queue de l'organe, on sentait, à la palpation, un corps dur, qui n'était autre qu'une concrétion du volume d'une prune, solidement enclavé dans le canal pancréatique. Ce conduit

était fortement dilaté, flexueux et rempli d'une sorte de gravier, en suspension dans une sorte de mucus. Du côté de la tête de l'organe, le canal se terminait en cul-de-sac; de l'autre côté du calcul, le canal était complètement oblitéré. Quant au calcul, il était friable et possédait un noyau dur et une écorce molle. Sur une surface de coupe le noyau et l'écorce se distinguaient par leur teinte différente. Le noyau était formé par du carbonate de chaux, et l'écorce par des substances organiques parmi lesquelles prédominait la cholestérine.

H. — A l'examen histologique de 3 yeux provenant de diabétiques, et de lambeaux d'iris provenant d'une série de malades de la même espèce qui avaient subi l'opération de la cataracte, M. Kamocki a constaté, d'une façon constante, une prolifération et une tuméfaction œdémateuse de la couche pigmentaire de l'iris. Il considère ces modifications pathologiques comme pathognomoniques du diabète; aucune autre altération structurale ne se rencontre avec autant de régularité, chez les sujets atteints de cette maladie. E. R.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de pathologie externe, par MM. Poulet et Bousquet, 2e édition, revue et corrigée par Ricard, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris et Bousquet, professeur à l'École de médecine de Clermont-Ferrand, etc. — 3 gros volumes avec 844 figures dans le texte. Paris, O. Doin, 8, place de l'Odéon, 1893.

MM. Ricard et Bousquet ont eu l'heureuse inspiration d'offrir au public une 2e édition du Traité de pathologie externe de Poulet et Bousquet. S'il est des livres classiques qu'il convient de ne pas rééditer, parce qu'ils marquent une étape dans la chirurgie et ne sauraient être modifiés sans perdre le cachet de leur époque, il ne saurait en être de même de ce livre dont la publication fit sensation. Ecrit à un moment, où les livres classiques peu nombreux et déjà anciens, ne pouvaient encore refléter la révolution radicale qui s'opéra dans notre pays sur le terrain de la chirurgie, il put rendre pendant quelques années des services importants, juste reconnaissance de la notoriété des auteurs, et du labeur considérable qu'ils s'étaient imposés.

Depuis, malgré l'apparition du manuel des quatre agrégés et du traité de chirurgie, sa place restait encore marquée parmi les classiques; MM. Ricard et Bousquet ont bien fait de le mettre au courant des progrès énormes accomplis en chirurgie depuis quelques années, programme qu'ils n'ont pu remplir, d'ailleurs, qu'en remaniant complètement la 1re édition.

Ce traité est, en effet, bien placé entre le grand traité et le manuel qui convient surtout aux débutants.

C'est vraiment le livre des étudiants sérieux qui ne veulent pas se contenter de descriptions écourtées et aussi des médecins praticiens, qui, en dehors de tout esprit de parti, veulent connaître pour la pratiquer, la chirurgie telle qu'elle existe à notre époque.

Les questions y sont traitées d'une façon didactique conformément à des traditions qui tendent à se perdre depuis quelques années dans notre pays. Une grande place est donnée à la partie clinique et la thérapeutique y est exposée d'une façon intéressante qui permet au praticien de choisir réellement et à bon escient une bonne méthode et de justifier sa préférence. Enfin de nombreuses figures aident à la facile compréhension du texte et font de cette nouvelle édition de MM. Ricard et Bousquet un ouvrage véritablement nouveau et un des meilleurs et des plus utiles traités de pathologie externe. Picqué.

Des corps étrangers du cristallin. Indications de l'intervention opératoire, par M. Terson. — Toulouse 1892.

Si la présence d'un corps étranger de très petit volume dans le cristallin n'exige pas toujours une intervention immédiate, elle commande une grande surveillance en vue de se tenir prêt à parer aux accidents qui pourraient survenir. Le corps étranger est-il volumineux, sa position fait-elle redouter un déplacement possible, des signes d'infection apparaissent-ils? vite l'intervention s'impose. Et son opportunité existe encore, quoique sans nécessité absolue, dès que l'opacification de la lentille est suffisante pour faire craindre de perdre de vue la position occupée par le corps étranger. On incisera largement la cornée et on pratiquera une bonne iridectomie afin de pouvoir enlever d'un seul coup le corps étranger qui y est contenu.

Dès qu'elle s'impose, l'opération ne saurait être retardée parce que le ramollissement complet de la lentille fait redouter de voir le corps étranger s'en détacher et disparaître pendant les manœuvres opératoires, risquant de devenir plus tard le point de départ de graves accidents.

Des observations nombreuses servent de base aux sages préceptes formulés par M. Terson.

Le curettage du sac lacrymal sans incision cutanée, par M. Terson. — Toulouse 1892.

Le curettage du sac lacrymal sans incision cutanée semble être la méthode de choix pour débarrasser aussi souvent qu'on le voudra les voies lacrymales des produits et des éléments d'infection dont la muqueuse peut être encombrée. Il se pratique à l'aide d'une petite curette tranchante et fenêtrée introduite par le conduit lacrymal supérieur préalablement fendu et dilaté et poussée jusqu'au manche dans le canal lacrymo-nasal. L'instrument est d'abord promené dans tout le trajet du canal nasal, auquel il restitue son calibre normal, le manche étant retourné dans la main comme dans la stricturotomie de Stilling, puis on remonte dans le sac lacrymal dont on pratique le curettage dans tous les sens méthodiquement, toujours en retournant sur lui-même le manche de l'instrument.

Ce procédé suffira dans la grande majorité des cas de dacryocystite ayant résisté aux sondages et aux injections ou qui, faute de temps, ne peuvent être traités par ce moyen. Il sera aussi indiqué comme soin préalable avant l'opération de la cataracte quand il existe en même temps un catarrhe du sac lacrymal. Il recevra enfin une utile application dans les cas d'ulcères de la cornée infectés par la sécrétion purulente provenant des voies lacrymales comme étant le moyen le plus prompt d'éloigner de l'œil les matières septiques qui le baignent incessamment.

Ch. Amat.

BULLETIN

Académie des sciences : Intoxication par l'oxyde de carbone. — *Académie de médecine* : L'épidémie de choléra de l'asile de Bonneval. — Le chlorhydro-sulfate de quinine. — Extraction d'un calcul biliaire obstruant l'intestin, guérison. — Traitement des tumeurs de la vessie. — Essai d'une classification bio-chimique des matières albuminoïdes. — *Société médicale des hôpitaux* : Cas d'anesthésie généralisée chez l'homme. — *Société de chirurgie* : Faux ballottement rénal dans les tumeurs péri-hépatiques — Evidement commissural du col utérin contre la sténose congénitale. — *Société de biologie* : Le pouls lent permanent.

Les cas d'intoxication nocturne par l'oxyde de carbone dûs à l'usage des poêles à combustion lente, sont toujours fréquents, et M. Groussin en signalait encore un lundi dernier à la Société médico-chirurgicale de Paris. M. de Saint-Martin a communiqué à l'Académie des sciences des expériences d'où il résulte que la dose d'oxyde de carbone capable de rendre mortelle une atmosphère pour un homme endormi qui y séjourne plusieurs heures, est plus faible que, d'après des expériences de courte durée faites sur des animaux, on ne le supposait jusqu'à présent.

En prolongeant le séjour des animaux dans un milieu contenant une quantité déterminée d'oxyde de carbone, M. de Saint-Martin a noté deux faits ; d'abord que ces animaux détruisent lentement, mais régulièrement, une certaine quantité du gaz toxique, destruction d'autant plus rapide que l'intoxication est moins profonde ; ensuite qu'une proportion d'oxyde de carbone, insuffisante pour tuer les animaux dans un temps donné, entraîne leur mort par la prolongation de leur séjour dans le même milieu.

On comprend tout l'intérêt qu'il y a à mesurer la proportion d'oxyde de carbone qui vicie un air confiné. M. Gréhant a déjà indiqué un procédé qui consiste à faire respirer un chien pendant une demi-heure dans le milieu en question, et à doser l'oxyde de carbone dans un échantillon de sang pris dans la carotide. Le savant physiologiste vient de rendre son procédé plus pratique en substituant au chien un oiseau (canard, poulet, etc.); on laisse celui-ci une demi-heure dans l'atmosphère confinée, on le sacrifie par la section du cou et on recueille le sang dans une capsule de porcelaine, où il est défibriné avec une spatule avant d'être introduit dans l'appareil à analyse. Ce procédé, très sensible, permet de déceler dans l'air 1/5000 et même 1/10000 d'oxyde de carbone.

— L'étude de l'origine, du mode de propagation et de la marche d'une épidémie est d'autant plus facile et conduit à des conclusions d'autant plus précises que le terrain sur lequel elle a évolué est plus restreint. L'épidémie cholérique de l'asile de Bonneval, dont M. Brouardel a communiqué la relation à l'Académie de médecine, en est un exemple.

L'asile de Bonneval occupe un assez grand espace, à une certaine distance de la petite ville de ce nom, sur les bords du Loir. Il comprend divers services, tels que celui des hommes et celui des femmes, isolés des uns des autres. Le 28 juin 1892, au milieu d'un état sanitaire parfait, et sans phénomènes prémonitoires, trois cas de choléra surviennent dans le service des femmes; ces cas sont bientôt suivis d'autres ; 52 femmes avec une mortalité de 57 p. 100, paient leur tribut à l'épidémie. Du côté des hommes, 4 individus seulement ont été atteints.

Quelle a été l'origine de l'épidémie ?

L'asile de Bonneval est alimenté par une prise d'eau sur le Loir et par un puits dont l'eau, servant exclusivement à la boisson, provient d'infiltrations de la rivière. La petite ville de Bonneval, qui s'alimente aussi des eaux du Loir, n'a jamais été visitée par le choléra et n'a pas offert un seul cas durant l'épidémie qui a sévi sur l'asile. On ne saurait donc, ni invoquer une réviviscence d'anciens germes, ni incriminer l'eau.

Par contre, l'enquête poursuivie par M. Brouardel a montré qu'une famille de Bonneval, qui s'était rendue le 7 juillet à Epinay-sur-Seine, pour assister à l'enterrement d'une parente morte de choléra, avait rapporté avec elle les germes de la maladie, car deux de ses membres, l'enfant de la défunte et la belle-sœur succombèrent au choléra. Un autre membre de la famille, qui avait été en contact avec les malades, était employé dans une boutique fréquentée par les religieuses et les serviteurs de l'asile. Il est à présumer que c'est par cette voie, c'est-à-dire par le transport d'individu à individu, que le choléra a été importé dans l'asile où, parmi les aliénés et les alcooliques, il a trouvé un terrain particulièrement favorable à son éclosion et à sa propagation.

L'épidémie de l'asile de Bonneval a démontré un autre point fort important, c'est l'efficacité des mesures prises pour arrêter et éteindre le fléau. L'isolement des malades dans un bâtiment servant de lazaret et la désinfection rigoureuse des locaux et objets contaminés ont empêché l'extension de la maladie non seulement dans l'asile, mais à la ville de Bonneval et aux autres villages situés en aval sur le Loir. De semblables mesures ont eu le même résultat à l'asile de Quimper, visité aussi par le choléra, et l'on est en droit d'espérer qu'il en sera ainsi à l'origine de tout foyer épidémique, quand les mesures prophylactiques seront appliquées avec toute la rigueur qu'exige l'intérêt public.

— M. Laborde, en son nom et au nom de M. Grimaux, a fait connaître la composition et les effets physiologiques et thérapeutiques d'un nouveau sel de quinine, le chlorhydro-sulfate, qui a, sur le sulfate, le double avantage d'être soluble dans son poids d'eau à la température ordinaire, ce qui le rend plus facilement utilisable en injections hypodermiques, et, sous ce mode d'administration, de ne causer aucune douleur. L'emploi du nouveau sel, qui agit aux mêmes doses que le sulfate, trouve une indication toute particulière dans les cas qui réclament une intervention rapide et sûre.

— Trois autres communications fort intéressantes ont contribué à remplir la dernière séance de l'Académie.

Nous mentionnerons d'abord une observation de M. Terrillon relative à un cas d'obstruction intestinale par un calcul biliaire. L'habile chirurgien, après incision de la paroi abdominale comme pour la ligature de l'iliaque externe, attire au dehors la tumeur qu'il a sentie par le palper, incise l'intestin, extrait le calcul, puis suture l'intestin et les parois abdominales. Le cours des matières et des gaz se rétablit le jour même de l'opération. Le malade guérit après une longue convalescence due à son mauvais état général.

— Nous avons signalé, dans le numéro du 21 janvier dernier, l'application que M. Albarran a faite de la symphyséotomie à l'ablation des néoplasmes vésicaux. Suivant M. Bazy,

qui, dans le traitement des tumeurs de la vessie, préconise aussi la taille hypogastrique et l'exérèse totale du néoplasme au bistouri, il n'est pas nécessaire, il est même inutile et dangereux de toucher à la ceinture osseuse : la section de l'un ou des deux muscles droits suffit toujours. Notre confrère insiste sur les perfectionnements pratiques apportés à une méthode de traitement qu'il a contribué à répandre en France.

— Sous la dénomination de *sol animal*, M. Gaube (du Gers), a entrepris une série de recherches dans lesquelles il étudie la réunion de toutes les *dominantes minérales* du corps de l'homme et des animaux. Il a été conduit à poser le principe suivant : « La matière protéique vivante, tributaire de la matière minérale, appuie sa modalité sur un élément minéral déterminé et sur la valeur biochimique de cet élément. » De là à modifier les qualités d'un être vivant par un amendement raisonné du *sol* qui lui est propre, il n'y a qu'un pas, et il va sans dire que M. Gaube l'a fait : nous citerons simplement l'intéressant mémoire qu'il a lu au Congrès de Pau et qui a pour titre : *Sol de la poule domestique, amendements.*

Le nouveau travail que notre confrère a lu à l'Académie de médecine, toujours dans le même ordre d'idées, est une page de physiologie générale. Il cherche à établir une classification biochimique des matières albuminoïdes et divise les albumines en trois grandes classes : les albumines chlorurées, les albumines carbonatées et les albumines phosphatées. Les chlorures étant les sels les plus répandus dans l'organisme, les albumines chlorurées sont aussi les plus fréquentes.

— M. Raymond a présenté à la Société médicale des hôpitaux un malade atteint d'anesthésie généralisée, qui lui a permis de mettre en relief certains points de physiologie et de psychologie.

Le malade est un Belge, âgé de 32 ans, tailleur sur cristaux. Antécédents héréditaires névropathiques ; la syphilis paraît plus que douteuse. Comme antécédents personnels, intelligence peu développée, somnambulisme dans le jeune âge. A 19 ans, variole grave. Attaques de coliques saturnines dues à sa profession. A la suite d'un grand chagrin, crises convulsives. L'hérédité, l'intoxication saturnine et une forte émotion morale se sont réunies pour provoquer chez lui l'éclosion de l'hystérie. Son état actuel est le suivant :

Aspect morne, apathique ; sphère intellectuelle très limitée, débilité générale ; anesthésie complète de la peau, des muqueuses accessibles, des parties profondes, muscles et articulations ; abolition du goût, de l'odorat, de la conscience musculaire, des sensations internes de la faim, de la miction, de la défécation, de l'éjaculation. La vue et l'ouïe sont les seuls sens conservés, et encore ils ont perdu notablement de leur acuité, car le champ visuel a un rétrécissement de 50°, il y a de la dyschromatopsie pour le violet et le jaune et l'ouïe est assez fortement obnubilée. Malgré cette anesthésie, conservation des réflexes tendineux et cutanés.

Voici maintenant quelques expériences dont le malade a été le sujet.

On sait que, à l'état normal, tous les sens concourent à nous renseigner sur les mouvements que nous avons à exécuter et que, si quelques-uns viennent à faire défaut, les autres les suppléent dans la mesure du possible. Or, le malade en question n'a que deux sens à sa disposition, aussi, si on les lui supprime, il ne peut plus faire le moindre mouvement. De même il s'arrête, dans un mouvement commencé, dès que le contrôle de la vue ou de l'ouïe ne lui est plus permis. Il est à remarquer, d'ailleurs, que bien que privé du sens musculaire, il ne présente aucun phénomène d'incoordination motrice.

D'autres expériences démontrent l'influence que les sens exercent sur l'intelligence, la volonté et la personnalité qui s'y rattache d'une manière si étroite. Si, par l'occlusion simultanée des yeux et des oreilles, on prive subitement le malade des deux sens qui seuls le mettent en relation avec le monde extérieur, ou supprime ainsi toutes les sensations, on annihile sa personnalité, on abolit son activité volontaire et il tombe dans un profond sommeil, qui a tous les caractères, non du sommeil hypnotique, mais du sommeil naturel, bien que, pendant ce sommeil, le malade soit plus suggestible que l'homme sain. Il ne l'est nullement à l'état de veille.

Si, au lieu de fermer brusquement et d'un seul coup le champ sensoriel du malade, on le lui rétrécit peu à peu, en annihilant un de ses sens pendant qu'on lui laisse l'usage de l'autre, on assiste peu à peu à la disparition progressive de son activité volontaire, il ne dort pas, mais il a de la peine à exécuter ce qu'on lui commande ; il a encore le désir de le faire, mais il ne peut plus le vouloir, la personnalité est devenue trop faible.

La facilité avec laquelle on suggère des rêves au malade a permis de noter un autre fait, c'est que, chez les hystériques, une sensation, bien qu'elle n'ait pas été perçue, peut être conservée par la mémoire. Les souvenirs ne sont pas absents et peuvent renaître à un moment donné ; ils sont simplement inaccessibles à l'attention, qui ne peut plus se fixer sur eux. Dans ces conditions, où l'intelligence et la volonté sont également atteintes, la personnalité peut finir par disparaître ou se désagréger, et c'est ainsi qu'on peut comprendre les phénomènes de dédoublement qu'on rencontre chez certains malades.

— A la Société de chirurgie, M. Le Dentu a appelé l'attention de ses collègues sur les erreurs de diagnostic que pourrait faire commettre le ballottement rénal, si l'on attachait à ce signe la valeur pathognomonique qu'on a voulu lui attribuer. Dans 4 cas, en effet, soumis à son observation et où l'on constatait très nettement le ballottement rénal, il a eu affaire, non à une tumeur du rein, mais à une tumeur sous-hépatique (vésicule biliaire distendue par des calculs, masse épiploïque, etc.). M. Reclus ajoute à ces cas de faux ballottement rénal un cinquième fait semblable dans lequel il s'agissait d'une tumeur développée en avant du rein par l'appendice, très recourbée et perforée à son extrémité.

— M. Pozzi décrit, pour remédier à la sténose congénitale du col, un nouveau procédé opératoire qu'il désigne sous le nom d'*évidement commissural du col*. Ce procédé consiste à faire la section bilatérale du col allant presque jusqu'à l'insertion du vagin, à obtenir ainsi 2 valves dont les bords latéraux correspondent aux surfaces de section, à tailler le long de ces bords un petit lambeau prismatique triangulaire, en respectant les muqueuses externe et interne, enfin à réunir après cet évidement les surfaces sanglantes et à les suturer muqueuse à muqueuse. Chez 4 malades qui ont subi cette opération depuis plus d'une année, le résultat a été des plus satisfaisant ; le cathétérisme est resté facile à exécuter.

Ce procédé, applicable surtout aux sténoses qui ont pour-

siège l'orifice externe ou le trajet du conduit cervical, facilite néanmoins le cathétérisme de l'orifice interne. La division bilatéral du col ne saurait avoir les inconvénients de déchirures pathologiques, crainte qu'a exprimée M. Segond. Dans celle-ci, en effet, les lésions ne sont pas circonscrites au col et les cicatrices défectueuses qui en sont la conséquence deviennent la cause d'irritations et sont le point de départ de phénomènes réflexes. Rien de semblable à la suite de l'incision chirurgicale du col.

— MM. Vaquez et Bureau ont présenté à la Société de biologie des tracés sphygmographiques et cardiographiques recueillis sur deux malades atteints de pouls lent permanent (de 22 à 25 pulsations). Ces tracés montrent qu'entre deux systoles ventriculaires vraies il se produit des contractions isolées de l'oreillette s'accompagnant de soulèvements sensibles de la jugulaire, pendant que les artères ne sont le siège d'aucune pulsation. L'excitation expérimentale du pneumogastrique, qu'elle agisse sur le bout périphérique ou le bout central, produit la même dissociation du rythme cardiaque. Il en résulte qu'en clinique le pouls lent permanent peut être dû non seulement à des lésions qui atteignent le bulbe ou le tronc du pneumogastrique, mais encore à des excitations portant sur les terminaisons de ce nerf, contusion du plexus solaire, troubles gastriques, lésions cardiaques, etc.).

D. F. DE RANSE.

NOTES ET INFORMATIONS

L'épidémie cholériforme de Marseille. — L'épidémie qui a justement préoccupé la population marseillaise paraît toucher à sa fin. Il ne se produit plus de cas suspects, et le préfet a pu réunir les consuls et leur déclarer qu'il était inutile d'imposer patente brute aux navires en partance.

Du 25 janvier au 9 février, l'épidémie a fait de 65 à 70 victimes. Trois hypothèses ont été émises pour en expliquer la genèse ou la nature.

Suivant les uns, la maladie ne serait autre que l'influenza accompagnée de symptômes cholériformes.

Pour d'autres il s'agirait d'une maladie infectieuse cholériforme engendrée par la consommation de farines avariées.

Enfin, d'après une troisième hypothèse, on serait en présence du choléra.

Notre collaborateur, M. Albert Robin, qui a visité l'hôpital de la Conception, affecté aux cas suspects, où il a vu 11 malades et assisté à l'autopsie de 4 décédés, partage la dernière opinion. Il s'agit bien du choléra, non du choléra d'importation, dont on ne trouve pas de foyer originel et dont l'allure eût été bien différente de celle de l'épidémie actuelle, mais du choléra de réviviscence, dont l'éclosion a été favorisée par plusieurs circonstances telles que des variations anormales de la température; la privation de pain pendant plusieurs jours; l'usage d'eaux malsaines, les conduites d'eau du canal ayant été gelées; le surmenage et le défaut de précautions hygiéniques de la population pauvre, la seule qui ait été frappée, etc.

Conférence internationale pour le choléra. — On annonce que le gouvernement autrichien, préoccupé de la possibilité d'une réapparition du choléra au printemps, a proposé aux puissances européennes de convoquer une conférence, afin d'établir une entente au sujet de mesures uniformes propres à empêcher la propagation de la maladie, et afin d'éviter que ces mesures ne gênent le commerce au-delà de ce qui sera reconnu comme indispensable. Le gouvernement autrichien a fait ressortir en même temps la nécessité d'une entente en ce qui concerne la navigation fluviale, conformément aux résolutions adoptées par la conférence de Venise au sujet de la quarantaine dans les ports démer. Tous les gouvernements se sont moutrés disposés à suivre l'initiative du gouvernement autrichien, et il est probable que la conférence se réunira vers la fin du printemps à Dresde.

Groupes universitaires. — M. Dupuy, ministre de l'instruction publique, a proposé à la commission du budget, qui l'a approuvé, d'insérer dans la loi de finances pour 1893, une disposition accordant la personnalité civile au groupement des facultés siégeant dans une même ville, sans que cela porte atteinte à la personnalité civile que chaque faculté possède déjà isolément.

Le Conseil général des facultés de chaque groupement administrerait le budget commun.

Cette mesure, d'après le ministre, ne préjuge pas la solution de la question de création des Universités, car elle a été réclamée au Sénat même par les orateurs opposés à la création des Universités.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — M. le Dr Brouardel, professeur de médecine légale, est nommé doyen pour une période de trois ans.

Facultés et Ecoles des départements. — *École de médecine d'Alger.* — M. Denis, chef de clinique obstétricale, est prorogé dans ses fonctions jusqu'au 1er novembre 1893.

École de médecine de Caen. — M. le Dr Bourienne, professeur de clinique obstétricale et gynécologique, est maintenu, jusqu'au 24 mars 1895, dans les fonctions de directeur de ladite école.

M. le Dr Osmont est nommé, après concours, chef de clinique chirurgicale.

École de médecine de Marseille. — M. le Dr Magail, professeur de clinique obstétricale, est mis à la retraite sur sa demande, et nommé professeur honoraire.

M. le Dr A.-E. Queirel, ancien suppléant des chaires d'accouchements et de gynécologie, est nommé professeur de clinique obstétricale.

Assistance publique. — M. Périer, chirurgien de l'hôpital Lariboisière, a été désigné par ses collègues pour remplacer M. Horteloup comme membre du Conseil de surveillance de l'Assistance publique.

Concours pour deux places de chirurgien du bureau central. — Ce concours sera ouvert le lundi 27 mars 1893, à midi, à l'administration centrale, avenue Victoria, n° 3.

Concours pour trois places d'interne à Berck-sur-Mer. — Le lundi 13 mars 1893, à une heure précise, il sera ouvert dans l'Amphithéâtre de l'administration de l'assistance publique, avenue Victoria, n° 3, un concours pour la nomination à 3 places d'interne à l'hôpital de Berck-sur-Mer.

Congrès français de chirurgie (7e session 1893). — La 7e session du Congrès français de chirurgie s'ouvrira à Paris, à la Faculté de médecine, le lundi 3 avril 1893, sous la présidence de M. le professeur Lannelongue, de Paris.

La première séance (consacrée aux questions diverses) aura lieu à 9 heures du matin (grand Amphithéâtre de l'Ecole de médecine).

La séance solennelle d'inauguration du Congrès aura lieu à 2 heures.

Deux questions ont été mises à l'ordre du jour de la session :

I. Les tumeurs fibreuses de l'utérus.

II. Traitement chirurgical des affections tuberculeuses du pied.

Les séances du matin seront consacrées aux visites dans les hôpitaux et aux questions diverses.

Congrès allemand de médecine interne en 1893. — Le 12e Congrès allemand de médecine interne se tiendra à Wiesbaden, du 12 au 15 avril prochain.

Deux questions ont été mises à l'ordre du jour :

1° *Le choléra;*

2° *Les névroses traumatiques.*

Réunion de la Société française d'otologie et de laryngologie en 1893. — La réunion annuelle de la Société française d'otologie et de laryngologie aura lieu le 12 mai prochain.

Voici les questions mises à l'ordre du jour :

1° *Traitement de l'otorrhée;*

2° *Traitement de la tuberculose laryngée;*

3° *Affections des cavités accessoires du nez.*

Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux. — *État nominatif des étudiants reçus docteurs en médecine pendant le mois de janvier* 1893 (*année scolaire* 1892-93). — Le Bénaff : Étiologie des maladies des voies lacrymales. — Aubert : Contribution à l'étude des érythèmes de la région fessière chez les enfants en bas-âge. — Nohlet : De l'ictus émotionnel dans la pathogénie des affections cardiaques. — Nègre : De l'hydrorrhée dans les fibromes utérins. — Dufilh : Complications articulaires des amygdales aiguës. — Duffau-Lagarrosse : De l'intervention chirurgicale dans la péritonite aiguë diffuse. — Traonouez : Contribution à l'étude du traitement des varices des membres inférieurs et de leurs complications par la compression. Supériorité de la compression par une bande élastique. — Nouailles : Contribution à l'étude du traitement chirurgical des appendicites. — Poumayrac : Etude sur les hypertrichoses. — Brugère : Contribution à l'étude des pseudo-méningites hystériques (symptomatologie et diagnostic). — Mesny : Contribution à l'étude de l'histologie et de l'étiologie du liseré de Burton. — Jourdran : Des principales formes de septicémie puerpérale observées dans le service d'isolement de la maternité de Pellegrin et de leur traitement. — Hernandez : Contribution à l'étude de la mort apparente. — Lafrac : Des rapports de la menstruation avec les états morbides à l'époque de la première éruption des règles. — Carbonel : Du traitement des métrites par le chlorure de zinc en solution.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Rueff et Cie éditeurs, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

Traitement de la syphilis, par M. A. Fournier, professeur de la Faculté de médecine, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital Saint-Louis. — 1 vol. in-8° carré, 600 pages, relié peau pleine, tête dorée. — Prix : 15 francs.

Formulaire gynécologique et formulaire obstétrical, par M. le Dr Auvard, accoucheur des hôpitaux. — 2 vol. in-32 colombier, illustrés de 100 gravures en couleur, reliés peau pleine, tête dorée. — Prix : 8 francs chaque.

Manceaux, libraire-éditeur, 12, rue des Trois-Têtes, à Bruxelles.

Quelques notions d'hygiène oculaire à l'usage des familles, pensionnats, etc., par le Dr Camille Lacompte, oculiste à Gand. Une brochure in-8° de 31 pages.

Bureaux des Archives provinciales de chirurgie, 14, boulevard Saint-Germain, Paris.

Des tractions continues à l'aide d'un appareil suspenseur destiné à faciliter l'extirpation de l'utérus par la voie abdominale dans le cas de tumeurs solides, par le Dr Aug. Reverdin, professeur à la Faculté de médecine de l'Université. Une brochure de 14 pages avec 5 figures dans le texte.

Extirpation du cancer de l'estomac (étude sur un cas de guérison), par L. Defontaine (du Creusot), membre correspondant de la Société de chirurgie. Une brochure in-8° de 14 pages avec 8 figures dans le texte.

Gauthier-Villars et fils, 55, quai des Grands-Augustins, Paris.

La photographie médicale. Application aux sciences médicales et physiologiques, par M. Albert Londe, directeur du service photographique à l'hospice de la Salpêtrière. 1 beau vol. grand in-8 avec 80 figures dans le texte et 19 planches. — Prix : 9 francs.

O. Doin, libraire-éditeur, 8, place de l'Odéon, Paris.

La papille chatouilleuse, essai sur les saveurs dédié aux médecins, aux gastronomes et aux cuisiniers, par le Dr A. Mougeot, 1 vol. in-18 de 292 pages. — Prix : 3 francs.

Compte rendu de chirurgie oculaire (Année 1891). Statistique et analyse, par le Dr A. Bourgeois, une brochure de 24 pages. — Prix : 1 franc.

Petit précis de thérapeutique oculaire usuelle, par le Dr Bourgeois, une brochure de 51 pages. — Prix : 1 fr. 50.

Manuel d'exploration clinique et diagnostic médical, par E. Spehl, professeur à la Faculté de médecine de Bruxelles, 1 vol. in-8° cartonné, de 663 pages, avec 172 figures dans le texte et 7 planches hors texte dont 6 en couleurs. — Prix : 12 fr. 50.

Maladies et hygiène des gens nerveux, par le Dr Gélineau, 1 vol. in-18 de 440 pages, cartonné avec fers spéciaux. — Prix : 4 francs.

Traité clinique des maladies du cœur et des vaisseaux, par Henri Huchard médecin de l'hôpital Bichat. Leçons de clinique et de thérapeutique, les cardiopathies artérielles, 2e édition entièrement remaniée. 1 vol. in-8° de 892 pages, avec 65 figures et 4 planches hors texte. — Prix : 16 francs.

Leçons cliniques sur les maladies abdominales et sur l'emploi interne des eaux minérales, par G.-A. Zakharine, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Moscou. Avec une introduction par Henri Buchard, médecin de l'hôtel Bichat. Traduit de la 2e édition russe par le Dr Oelsnitz (de Nice). Un volume in-8° de 175 pages. — Prix : 4 francs.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU 29 JANVIER AU 4 FÉVRIER 1893

Fièvre typhoïde, 13. — Variole, 1. — Rougeole, 3. — Scarlatine 2. — Coqueluche, 15. — Diphtérie, croup, 21. — Affections cholériformes, 0. — Phtisie pulmonaire, 193. — Autres tuberculoses, 11. — Tumeurs cancéreuses et autres, 35. — Méningite, 22. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 56 — Paralysie, 7. — Ramollissement cérébral, 8. — Maladies organiques du cœur, 59. — Bronchite aiguë et chronique, 71. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 174. — Gastro-entérite des enfants : Sein, biberon et autres, 56. — Fièvre et péritonite puerpérales, 3. — Autres affections puerpérales 2. — Débilité congénitale et vices de conformation, 19. — Sénilité, 27. — Suicides et autres morts violentes, 28. — Autres causes de mort, 136. — Causes inconnues, 7. — Total : 985.

Le Rédacteur en chef et gérant : F. de Ranse.

Paris. — Typ. A. Davy, 52, rue Madame. — *Téléphone.*

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Rédacteur en chef : M. le Dr F. DE RANSE

Comité de Rédaction : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN
J. ARNOULD (de Lille), P. FABRE (de Commentry), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon)

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, avenue Montaigne (Rond-Point des Champs-Élysées)

I

CHIMIE MINÉRALE DES CORPS ORGANISÉS

DU SOL ANIMAL (1).

Par J. Gaube (du Gers).

Notre point de départ a été l'étude de l'état de l'albumine naturelle, normale.

Nous avons examiné comparativement l'albumine du blanc d'œuf, l'ovo-albumine et le sérum du sang.

Nous avons trouvé que l'ovo-albumine était formée de trois albumines correspondant à trois combinaisons salines :

A. Une albumine combinée aux carbonates et aux phosphates de soude, diffusible.

B. Une albumine combinée aux chlorures de sodium et de potassium moins diffusible que l'albumine *A*.

C. Une albumine non diffusible, fibriniforme, combinée aux phosphates et carbonates calciques. . . . .

Le sérum est une albumine incomplète par rapport à l'ovo-albumine, car il lui manque l'albumine *C*, précipitée, c'est-à-dire la fibrine. (Gaube. *De l'état de l'albumine*, in *Académie de médecine*, concours pour le prix Buignet, 1890.)

En poursuivant notre étude nous n'avons pas tardé à nous apercevoir que chaque tissu, chaque colonie cellulaire avait une dominante minérale propre ; c'est la réunion de ces dominantes minérales du corps de l'homme et des animaux que nous avons appelée le *sol animal*. (Gaube, *Sciences biologiques*, p. 364, 12e livraison.)

La dominante minérale propre semble destinée à la conservation du type, dans l'espèce conjointement avec les autres occasions de l'existence, puisque la matière minérale modifie non seulement l'organe, mais encore les caractères anatomiques de l'individu. (Lesage. *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, p. 143, t. CXIX.)

L'albumine change donc de caractère en se combinant avec les divers composés métalliques.

La migration de la matière minérale dans l'organisme est continuelle ; la répartition de la matière minérale est liée à l'état de la fonction ; cette répartition est facile à solvre chez les végétaux à cause des longs intervalles qui séparent chaque stade inconscient du développement de la plante ; mais chez l'animal, chez l'homme, chez lesquels la cellule nerveuse, très impressionnable, guide les échanges, la mobilité de la matière minérale est extrême.

Cependant l'animal, comme le végétal, a des réserves minérales. Parfois ces réserves s'épuisent séparément, partiellement ou en totalité ; parfois la répartition de la matière minérale change complètement d'orientation sous l'influence de traumatismes voulus, retentissant sur l'être tout entier ; ainsi, dans certaines altérations osseuses consécutives à une affection particulière des centres nerveux, on trouve les os complètement dépouillés de la magnésie. Tandis que le magnésium est abondant vers le renflement lombaire de la moelle épinière chez un taureau, il est au contraire plus dense dans le cerveau d'un bœuf du même âge, de la même race, vivant dans les mêmes conditions.

Les cartilages sains contiennent beaucoup de soude ; c'est leur dominante minérale ; les cartilages altérés comme dans l'arthrite sèche, par exemple, sont dépourvus de soude.

Serait-ce trop hardi de dire que la connaissance de la minéralisation du cartilage éclaire d'une lumière nouvelle la pathogénie de quelques affections articulaires, et sans doute, la pathogénie de la goutte elle même ? Je ne le crois pas (1).

Soude normale.	6 grammes.
Potasse normale.	1 gr. 64

Nutrition retardante (2).

Soude normale.	3 gr.
Potasse normale.	2 — 574

La cellule spermatique appuie son développement sur le potassium ; le spermatozoïde vit sur le magnésium (Alb. Robin et Gaube) ; beaucoup de micro-organismes vivent comme le spermatozoïde (Raulin, Calmette, Chabrié). Ainsi s'enchaîne la vie.

La surface du sol humain est considérable ; le mouvement de la matière minérale à travers les urines seulement

(1) Ce travail, présenté à l'Académie des sciences le 9 mai dernier, était précédé d'un chapitre sur « La chaleur de formation de quelques composés minéro-protéiques. »

(1) Analyse d'une urine de femme goutteuse âgée de 70 ans.

Charbon.	2 gr. 40	par 24 heures.
Chaux.	0 — 3136	—
Magnésie.	0 — 0520	—
Potasse.	2 — 4748	—
Soude.	3 — 0250	—

(2) La potasse est en excès par rapport à la soude dans les urines des individus atteints de nutrition retardante.

de la population adulte de Paris s'élève à près de 15.000 tonnes par an et le poids du charbon excrété par les mêmes voies s'élève à plus de 1.000 tonnes. Soit 20 gr. 28 de matière minérale par personne et par vingt-quatre heures et 2 gr. 32 de charbon par personne et par vingt-quatre heures.

Cela n'est pas un simple jeu de statistique ; en effet, si les termes de cette proportion, matière minérale et charbon étaient intervertis, la race s'éteindrait ; l'azoturie peut nous servir d'exemple.

Nous pouvons nous renseigner sur l'état et la valeur du sol de l'homme et des animaux en analysant le liquide urinaire.

Pour connaître le sol humain nous procédons à l'analyse de l'urine de la manière suivante :

Nous prenons de semaine en semaine, un volume connu de l'urine de vingt-quatre heures, 100 cc. au moins ; nous l'évaporons à siccité et nous carbonisons le résidu ; nous traitons le résidu carbonisé par l'acide chlorhydrique dilué, nous filtrons ; le filtre retient le charbon que nous pesons lavé et séché.

Nous prenons comme dessus un volume connu d'urine, nous évaporons à siccité ; nous mélangeons le résidu avec un égal volume d'acide azotique ; nous chauffons au bain de sable jusqu'à ce qu'il ne se dégage plus de vapeurs rouges ; nous reprenons par l'eau distillée, nous précipitons la chaux à l'aide d'oxalate d'ammonium ; le précipité recueilli est calciné avec un fragment de carbonate d'ammonium et dosé à l'état de carbonate de chaux ; la liqueur filtrée est évaporée à siccité ; le résidu calciné avec un peu d'acide oxalique et d'acide tartrique est repris par l'eau distillée et filtré ; le précipité resté sur le filtre est calciné ; c'est la magnésie à l'état d'oxyde. Enfin, la dernière liqueur filtrée est acidulée avec de l'acide chlorhydrique, évaporée à siccité ; le résidu est pesé, repris par l'eau distillée, évaporé jusqu'à consistance sirupeuse, traité par le chlorure platinique ; on dose la potasse sous la forme de chloroplatinate de potasse et la soude par différence.

Pour doser la matière organique dans les urines, nous avions deux moyens presque d'égale valeur ; le premier consistait à doser l'azote total des urines et le deuxième à doser le carhone ; nous avons préféré le deuxième moyen parce que les corps ternaires échappaient au dosage par l'azote et se trouvaient retenus par le dosage du carhone.

La connaissance du sol animal peut devenir une cause puissante d'amélioration et de sélection des races. C'est au sol qu'il faut s'attaquer pour modifier la nutrition ; or, comment l'amender si on ne le connaît pas ? Il nous sera fort difficile de surveiller en tous temps la genèse des cellules génératrices, conséquemment de les amender (1) ; mais au lendemain de la fécondation, alors que commencent, dans un milieu plus ou moins hien adapté, les opérations chimiques de la germination, alors que la matière minérale va suivre un mouvement régulier de rotation, pour assurer, concurremment avec la matière azotée, le développement du nouvel être, nous pourrons intervenir d'une manière efficace et apporter au sol les amendements nécessaires.

L'embryon, comme le végétal, vit sur un sol extérieur à son milieu.

Les matières organiques végétales produisent en se décomposant, du terreau riche en acides nuisibles à la végétation des plantes ; l'albumine produit en se décomposant une série d'acides nuisibles à l'assimilation ; il faut que le sol animal soit alcalin comme le sol végétal.

Nous avons remarqué que les femmes dont les urines restaient franchement acides pendant toute la durée de la grossesse enfantaient des enfants chez lesquels l'ossification était en retard, et que ces enfants dans la suite devenaient facilement rachitiques.

Dans les premiers temps de la grossesse les urines sont franchement acides ; cette acidité est nécessaire car elle favorise l'élimination de la matière minérale qui n'est pas encore utilisée, de la chaux principalement.

Contrairement à ce qu'en ont écrit Larcher et Dupuy (1825), Beneke (1850), Teissier (1875-77), l'urine est d'autant plus minéralisée, l'excrétion de l'acide phosphorique combiné est d'autant plus grande que les urines sont plus acides ; les vrais phosphaturiques, ce sont les oxycrasiques (Gauhe. *De l'oxycrasie. Gazette médicale de Paris.*)

Nous avons suivi la rotation du sol chez la femme depuis le début de la grossesse jusqu'à son terme.

Nos analyses portent sur trois périodes de la grossesse ; la première période commence à la fin de la deuxième semaine et se termine à la fin de la quatrième ; la deuxième période va de la fin du deuxième mois à la fin du cinquième ; et, la troisième période finit au commencement de la deuxième moitié du neuvième mois.

II

Les urines de la femme saine, rohuste, jeune, arrivée à son complet développement (1), contiennent, en moyenne :

Charhon.	2 gr.	32	en 24 heures
Chaux.	0 —	858	—
Magnésie	0 —	293	—
Potasse	1 —	034	—
Soude	6 —	227	—

Ces hases se trouvent combinées dans les urines avec du chlore, des composés oxygénés, du phosphore, du soufre et du carhone ; l'étude de ces combinaisons dont l'importance est considérable viendra utilement quand nous examinerons la sole embryonnaire chez l'homme et chez les animaux. Au surplus, le dosage du chlore, de l'acide phosphorique, de l'acide sulfurique, de l'acide carhonique, nous fournirait des renseignements insuffisants sur la valeur du sol, car l'acide phosphorique se comhine simultanément avec la chaux, la magnésie, la potasse et la soude de même

(1) Nous avons préparé, dans trois familles différentes, le sol paternel et maternel en vue d'une conception. Les enfants nés antérieurement étaient difficiles à élever, chétifs ; nous avons obtenu des enfants dont le poids était au-dessus de la moyenne à leur naissance et dont la santé et la résistance organique sont restées remarquables.

(1) Analyse d'une urine de jeune fille robuste âgée de 16 ans.

Charbon.	2 gr.	166	en 24 heures
Chaux	0 —	210	—
Magnésie	0 —	050	—
Potasse	1 —	64	—
Soude	4 —	25	—

(2) Je ne donne, ni ces moyennes, ni celles qui vont suivre comme absolues ; leur valeur intrinsèque réside dans les rapports des éléments qui les composent entre eux et non point dans leurs expressions.

que l'acide carbonique; le chlore et l'acide sulfurique se combinent avec le potassium et le sodium; les bases, au contraire, quelles que soient les combinaisons dans lesquelles elles sont engagées, indiquent la nature véritable du sol; il est clair qu'il ne saurait y avoir de phosphate de magnésie là où il n'y a point de magnésie.

III

GROSSESSE DE LA PREMIÈRE PÉRIODE

(Deux éléments dosés.)

Chaux dosée	Chaux normale	Chaux en moins
0,571	0,858	0,287
Potasse dosée	Potasse normale	Potasse en moins
0,386	1,034	0,648

GROSSESSE DE LA DEUXIÈME PÉRIODE

(Deux éléments dosés)

Chaux dosée	Chaux normale	Chaux en moins
0,397	0,858	0,461
Potasse dosée	Potasse normale	Potasse en moins
0,695	1,034	0,339

GROSSESSE DE CINQ A SIX MOIS.

Charbon dosé	Charbon normal	Charbon en plus
2gr.82	2gr.32	0gr.50
Chaux dosée	Chaux normale	Chaux en moins
0,350	0,858	0,508
Magnésie dosée	Magnésie normale	Magnésie en moins
0,125	0,293	0,169
Potasse dosée	Potasse normale	Potasse en moins
0,4825	1,034	0,5515
Sonde dosée	Soude normale	Sonde en plus
7,777	6,227	1,550

GROSSESSE DE LA TROISIÈME PÉRIODE.

(Trois éléments dosés.)

Chaux dosée	Chaux normale	Chaux en moins
0,310	0,858	0,548
Potasse dosée	Potasse normale	Potasse en moins
0,614	1,034	0,420
Magnésie dosée	Magnésie normale	Magnésie en moins
0,130	0,293	0,163

La rotation minérale s'établit franchemententre la chaux, la magnésie, la potasse et la soude. La soude, dominante générale des humeurs chez l'homme, augmente pendant la grossesse, tandis que la chaux et la magnésie diminuent depuis le début jusqu'à la fin de la grossesse.

Première période. — Chaux... 0,57
Troisième période. — Chaux... 0,31

La potasse va en augmentant de la première à la troisième période de la grossesse.

Première période. — Potasse... 0,386
Deuxième période. — Potasse.. 0,695
Troisième période. — Potasse.. 0,614

La potasse augmente, la chaux diminue dans les urines à mesure que se développe l'embryon.

La magnésie qui peut atteindre 0,32 et 0,35 0/00 à la suite de l'acte initial de la grossesse, reste aux environs de 0,16 0/00.

La conclusion à tirer de cet exposé s'impose :

Il est indispensable de connaître le sol humain (1); il est indispensable de suivre la rotation de la matière minérale dans le sol maternel pendant toute la durée de la grossesse.

Si l'un quelconque des éléments constituant le sol maternel vient à diminuer ou à disparaître dans le cours de la grossesse, il faut le remplacer sans délai car le développement régulier de l'embryon, du fœtus, est à ce prix. Si l'un quelconque des éléments constituant le sol maternel est excrété trop abondant en un moment inopportun, il faut le retenir au profit du nouvel être. Soit, en moyenne : 124 gr. 77 de chaux, 113 gr. 97375 de potasse, 44 gr. 685 de magnésie, 1.681 gr. 29 de soude, pour une grossesse de 270 jours; soit au total 1 kilog. 961 gr. 71875, de matière minérale et 135 gr. de charbon représentant l'excédent de la matière organique.

CLINIQUE MÉDICALE

LA PEPTONURIE DANS LA SCARLATINE,

par M. le Dr ARSLAN ERVANT (2).

La peptonurie dans la scarlatine, a été très peu étudiée. Obermüller (3), pour la première fois, s'est occupé de cette question. Après lui, Heller (4) a étudié la peptonurie en même temps que l'albuminurie chez les scarlatineux. Dernièrement, Loeh et Binet (5) et d'autres encore, s'adonnèrent également au même sujet d'étude. Mais aucun d'eux n'arriva à une véritable conclusion.

D'après les expériences que nous avons faites nous-même dans la Polyclinique du professeur Grancher, à l'époque (juillet-août 1892) où nous était confié provisoirement le service des scarlatineux, nous pouvons dire que la peptonurie est un symptôme de la plus haute importance et qu'on ne doit jamais négliger de la rechercher.

Tous les médecins savent aujourd'hui que cette fièvre éruptive, à marche régulière, ne présente aucune gravité, mais d'innombrables complications assombrissent son pronostic. Avec Baginsky, nous pouvons répéter qu'il n'y a pas un organe qui échappe aux complications de la scarlatine.

Jusqu'à présent on a cherché dans les modifications du pouls, de la température, du degré de l'éruption, de la diffusion des adénites, de l'état général, enfin de l'albuminurie, pour établir *a priori* un pronostic de la maladie, ou l'existence d'une complication latente. A mon avis, ces signes n'ont qu'une valeur assez restreinte, et cela pour deux raisons simples : 1° parce que chacun d'eux peut faire défaut avec une forme grave de scarlatine, et 2° parce que chacun peut exister sans qu'il y ait aucune gravité ni des compli-

(1) La connaissance seule du *sol humain* peut donner l'explication jusqu'ici *hypothétique de l'action des eaux minérales sur le corps humain.*
(2) Travail communiqué à la Société de biologie (séance du 4 février 1893).
(3) Obermüller. *Thèse* de Würzburg, 1873.
(4) Heller. Propeptonurie nach scarlach., *Berlin. klin. Woch.*, 1879, 48.
(5) Binet. *Rev. méd. de la Suisse romande*, sept. 1890; — *Deutsch. med. Zeit.*, 1891, 53, p. 614.

cations. Cette manière de voir est démontrée par la pratique de tous les jours.

Relativement à l'albuminurie, avec Tomasi-Crudeli, Konnenberg, Fede, Reklinghausen, Fischer, nous la considérons comme un symptôme d'une lésion organique des reins, causée très probablement par l'infection secondaire (Bouchard).

Nous croyons avoir trouvé dans la peptonurie un signe précieux pour établir, avec beaucoup de probabilité, dès le début de la scarlatine, un pronostic plus ou moins favorable.

Étant donnée la difficulté dans laquelle le médecin des enfants se trouve à tout instant, quand il s'agit d'établir le pronostic de la scarlatine, on comprendra aisément que les expériences que nous venons de faire, et les conclusions auxquelles nous sommes arrivé, sont d'un intérêt qui n'est pas à mépriser, bien qu'elles demandent cependant à être confirmées.

La méthode que nous avons employée pour déceler les peptones dans les urines est la suivante :

Avant tout, on élimine l'albumine, si elle existe, avec la chaleur ou avec le ferrocyanure de potassium et l'acide acétique. On filtre, on s'assure pour la dernière fois de l'élimination complète de l'albumine. Alors on prend à peu près 5 centimètres cubes de ces urines et on ajoute une dizaine de gouttes d'acide acétique et autant du réactif suivant :

Bichlorure d'hydrargyre	1	gramme
Iodure de potassium	3	—
Eau distillée	60	—

Dans le cas de peptonurie, on a un précipité blanc qui est plus ou moins accentué, selon la quantité de peptones contenues dans les urines analysées.

Il faut noter qu'on peut avoir la même réaction si le malade a pris des alcaloïdes. Dans ce cas, en ajoutant de l'alcool absolu, le précipité doit disparaître, s'il est dû aux alcaloïdes; si le précipité ne disparait pas, ce sont les peptones.

Cette méthode nous a toujours donné d'excellents résultats. Nous l'avons comparée, par une série d'expériences, aux autres méthodes jusqu'à présent connues (Hofmeister (1), Schulter (2), Fonret, Hankin et Wesbrook) (3), et nous avons vu qu'elle est assez sensible pour entrer en comparaison avec ces méthodes. Elle est même supérieure à quelques-unes d'entre elles. Avec des solutions artificielles de peptones nous avons essayé de nous rendre compte de son degré de sensibilité. En effet, avec une dilution à 1 p. 50.000, nous avons eu une réaction très manifeste. Ces expériences furent répétées aussi par M. Renault, interne de la Polyclinique, qui eut les mêmes résultats.

Sur 21 malades, atteints de scarlatine, nous avons analysé les urines méthodiquement chaque jour, et, dans quelques cas, même deux fois (matin et soir) pendant toute la durée de leur maladie. En même temps, nous avons tenu rigoureusement compte de tous les autres symptômes.

11 de ces malades, chez lesquels la scarlatine a évolué régulièrement sans aucune complication, n'ont présenté aucune trace de peptone dans les urines.

Voici le résultat des 10 autres cas.

Deux scarlatineux avec angine grave pseudo-diphtéritique moururent. Ils présentaient, dès le premier jour de leur entrée dans le pavillon des scarlatineux, une abondante peptonurie sans aucune trace d'albumine. A l'examen bactériologique des fausses membranes, avant, et du sang de diverses organes, après la mort, on trouva les streptocoques en grande quantité.

Un petit malade qui, dans la période de desquamation, attrapa la rougeole, présentait la peptonurie deux jours avant l'éclosion de cette nouvelle maladie. A ce moment, aucun autre symptôme n'était manifeste.

2 autres malades, auxquels on avait supprimé le régime lacté, peut-être avant que les conditions ne le permissent, présentèrent, dès le lendemain, la peptonurie. En effet, après un ou deux jours, des troubles gastro intestinaux survinrent, qui disparurent immédiatement à la reprise du régime lacté.

Dans deux autres cas encore, la peptonurie précéda l'apparition de l'albumine.

Les trois autres petits malades avec diverses complications (angine pseudo-diphtéritique à forme bénigne, épistaxis et érythèmes infectieux) ont présenté constamment la réaction des peptones dans les urines.

On doit noter que, chez quelques-uns de ces malades, nous avons observé de l'albuminurie très fugace, disparaissant de matin à soir ou même dans quelques heures. Dans ces cas n'existait pas la peptonurie.

Dans les deux cas, compliqués par l'angine pseudo-diphtéritique qui emporta nos deux malades, et dans les deux autres cas qu'on avait soumis à la diète ordinaire avant que les malades soient complètement guéris, en même temps que la peptonurie nous avons remarqué une forte réaction d'indigo. L'indicanurie chez les enfants n'est pas un fait nouveau ; déjà Hoehsinger (1), Kabane (2), Steffen (3), et dernièrement Voute (4) ont observé.

D'après ce rapide aperçu de nos observations, nous croyons pouvoir en tirer les conclusions suivantes :

1° Dans la scarlatine bénigne et à marche régulière, la peptonurie n'existe pas ;

2° Dans la scarlatine avec complications, la peptonurie existe, et, fréquemment même, elle précède ces dernières;

3° La présence d'une quantité notable de peptones dans l'urine des scarlatineux est un signe pronostique défavorable, ou, au moins, dénote l'existence d'une grave complication;

4° La peptonurie n'a aucun rapport avec l'albuminurie, ni le pouls, ni la température ;

5° Dans les cas de complication grave ou dans ceux avec troubles gastro-intestinaux, à la peptonurie s'associe l'indicanurie.

(1) Hofmeister. *Zeit. fur physiol. Chimie*, 4, 253, 1880; — *Prager med. Vochenschrift*, 5, 321, 1880.

(2) Schulter, *Maly's Jahresbericht*, 5, 321, 1887.

(3) Hankin et Wesbrook. *Annales de l'Institut Pasteur*, n° 9, t. VI, 25 sept. 1892.

(1) Hochsinger. Verhandlungen der achten Versammlung der gesellschaft für Kinderheilkunde, in Bremen, 1890. *Ueber Indicanurie im Sauglingsalter.*

(2) Kahane. *Ueber das Werhalten les Indicans bei der Tuberculose Kind.* Beitraege für Kinder., herausgegeben v. prof. Kassovitz. neue Folge II.

(3) Steffen. *Beitrüge zu Indican. bei Kindern, aus den Kinder-Spital zu Stettin.*

(4) Voute. *Revue des mal. de l'enfance*, février 1893, t. XI.

Au point de vue de la pathogénie de la peptonurie dans la scarlatine, nous ne pouvons qu'avancer des hypothèses.

On est obligé d'exclure l'origine pyogène [Hofmeister, Maixner (1), Jaksch (2)]. On ne peut pas même songer à une peptonurie hématogène (Jaksch), ni à celle que Maixner a appelée entérogène. La théorie admise par Lussana et nous-même (3), c'est-à-dire, d'une peptonurie hystogène, ne trouve pas ici sa place et n'arrive pas à expliquer nos expériences. Nous pouvons exclure également l'origine hépatique (Bouchard) (4).

Selon nous, l'unique hypothèse à laquelle on peut recourir est celle de Mya et Belfanti (5). Ces auteurs, après certaines expériences, ont affirmé une nouvelle source de peptonurie, que nous appelons *parasitaire*. Ils ont prouvé que les micro-organismes peuvent transformer les corps albuminoïdes en peptone, et ainsi déterminer la peptonurie. Cette théorie est parfaitement applicable dans notre cas, si on considère que les complications de la scarlatine sont dues à l'infection secondaire.

REVUE CRITIQUE

SUR LES AORTITES

C'est un très vaste chapitre de pathologie que celui dont le titre qui précède représente en quelque sorte le résumé. Nous pourrions ajouter que ce chapitre est presque tout entier de création récente, car les documents avec lesquels il a été édifié proviennent en majeure partie des travaux qui ont marqué les étapes de la science médicale depuis vingt ans. Dès maintenant, il a sa place marquée dans les ouvrages descriptifs et dans les traités spéciaux, au même titre que les chapitres consacrés aux affections de l'appareil circulatoire, et particulièrement aux maladies du cœur. On peut même prévoir que son importance s'accentuera, à mesure que les faits s'accumuleront et que l'attention des médecins se concentrera davantage dans la recherche et l'étude des inflammations aortiques. La littérature médicale est déjà riche en travaux inspirés par celles-ci, et il suffirait de citer les noms de MM. Potain, Huchard, Rendu pour affirmer la valeur de ces travaux. L'étude la plus récente publiée sur ce sujet est celle que M. Bureau, ancien interne des hôpitaux, a fait paraître, il y a quelques semaines, sous le titre : Etudes sur les aortites. Notre jeune confrère s'est inspiré, dans ce travail, de l'enseignement de son dernier maître, l'éminent professeur de la Charité, dont la compétence dans ce domaine spécial fait depuis longtemps autorité. Il a pu tracer ainsi un résumé complet, et opérer une véritable mise au point d'une question encore très embrouillée naguère, et qui nous apparaît aujourd'hui beaucoup plus claire, grâce aux apports combinés de l'anatomie pathologique, de l'histologie et des doctrines microbiennes. On ne saurait trouver actuellement un meilleur guide pour apprécier l'état présent de nos connaissances sur cette question.

Une division déjà ancienne a créé deux catégories d'aortites. La première comprend les faits si nombreux d'altération sénile ou chronique; la deuxième embrasse les cas, beaucoup plus rares et souvent discutés, qui se rapportent à l'inflammation aiguë de la grande artère centrale. Cette distinction en deux classes mérite d'être conservée, ne fût-ce que par égard pour la clarté du sujet; mais on aurait tort de croire qu'elle corresponde à une séparation toujours bien tranchée. Il y a des cas mixtes, des cas de transition représentés par ces faits d'aortite chronique au cours desquels s'est développée une poussée aiguë, la lésion ancienne servant de prétexte et de point d'appel à la lésion récente. On retrouve ici l'application d'une loi de pathologie bien connue qui n'autorise guère les catégorisations trop systématiques. Quoi qu'il en soit, l'étude des causes fournit des données intéressantes, encore que trop souvent vagues et insuffisantes, touchant les origines de cette grande classe d'affections viscérales.

En ce qui concerne les aortites chroniques, nous voyons figurer un certain nombre de circonstances qui ne peuvent guère être considérées que comme prédisposantes; le sexe, l'hérédité, la race. Et encore l'influence de quelques-unes paraît avoir été mal interprétée, entre autres celle de la race qui a été incriminée en considération de la fréquence particulière des anévrysmes chez certains peuples. Or, on sait aujourd'hui que cette catégorie de lésions se rattache bien moins à l'aortite chronique vulgaire qu'à la syphilis et à l'impaludisme. Le rhumatisme et la goutte figurent aussi dans cette étiologie, mais à titre un peu banal, et sans que les auteurs qui les invoquent se soient toujours donné la peine de chercher à déterminer leur mode d'action.

Une influence également un peu hypothétique est celle qui a été attribuée à *l'abus du régime carné*. Ce n'est là qu'une vue de l'esprit, à laquelle manque le point d'appui d'une démonstration. Le *froid*, et surtout le *froid humide*, dont l'influence est généralement admise, sont deux causes qui vraisemblablement agissent en tant que facteurs du rhumatisme et par l'intermédiaire de l'altération humorale que crée celui-ci. Le *traumatisme* ne peut être considéré que comme une circonstance occasionnelle, propre à déterminer telle ou telle localisation de l'altération vasculaire, mais non capable de créer celle-ci de toutes pièces. Faut-il accorder à l'hypertension artérielle l'influence initiatrice ou prédisposante que certains observateurs, parmi lesquels M. Huchard, lui attribuent délibérément et sans réserve? La réponse est difficile, d'autant que l'on peut retourner la proposition de M. Huchard et mettre l'hypertension artérielle parmi les conséquences de l'artériosclérose généralisée, au lieu de la considérer comme une de ses causes. Cette dernière interprétation est celle que M. Bureau semble disposé à adopter. Notre jeune confrère considère la proposition de M. Huchard comme une véritable pétition de principes, d'autant qu'elle n'explique pas l'origine et les causes de cette hypertension, soi-disant initiatrice du mouvement d'inflammation et de prolifération de l'endartère. On rencontre également des objections, quand il s'agit de préciser le mode d'action de certaines maladies telles que le goitre exophtalmique, la sclérose en plaques, la paralysie agitante, le tabes, auxquelles on a un peu gratuitement accordé une influence étiologique. En ce qui concerne la maladie de Basedow, on peut soutenir tour à tour qu'elle est

(1) Maixner, *Prager Vierteljahreschrift*, 144, 75, 1879.
(2) Jaksch. *Zeitsch. fur klin. Med.*, 6, 413, 1883.
(3) Lussana e Arslan. La peptonuria nella inanizione acuta, *Rivista Veneta scienze med.*, 1890.
(4) Bouchard. *Riforma medica*, 1441, 1886.
(5) Mya e Belfanti. *Centralblatt fur klin. Med.*, 7, 728, 1888.

capable de faire naître l'aortite, ou de succéder à celle-ci qui jouerait en quelque sorte, vis-à-vis d'elle, le rôle de cause locale provocatrice. Ces deux opinions ont trouvé des adhérents également autorisés.

De même, pour le tabes et la périencéphalite, on peut croire, malgré les assertions de Bordes-Pagès et les constatations de beaucoup d'autres, que ces grandes affections du système nerveux central sont en simple rapport de chronologie avec l'artérite, à moins qu'on ne veuille les considérer comme des altérations parallèles et satellites, dérivant d'une origine commune. Cette dernière interprétation représente l'opinion moyenne, la plus sage. Nous n'insisterons pas sur la syphilis, la tuberculose, l'impaludisme dont l'action paraît indéniable, du moins en tant que facteurs de la production d'aortites partielles, circonscrites, limitées.

L'étiologie des aortites aiguës est peut-être mieux connue que celle des aortites chroniques, car elle ressortit plus étroitement au domaine des causes locales. C'est ainsi que la propagation des inflammations de voisinage, la proximité des foyers de pneumonie et de pleurésie ont été souvent incriminés. Dans un autre ordre de faits se place l'influence des maladies générales infectieuses comme la *fièvre typhoïde*, dont on connaît bien les localisations artérielles, la *variole*, qui produit des lésions profondes de l'aorte, la fièvre rhumatismale... Ici, on serre de plus près la cause morbifique, on surprend plus facilement sur le fait l'intervention de l'agent nocif. C'est pourquoi, en dépit de sa rareté relative, l'aortite aiguë représente, à nos yeux, un syndrome peut-être mieux défini, dans son cadre limité, que l'aortite chronique avec ses localisations multiples et sa généralisation. De fait, le tableau que nous en ont tracé certains observateurs, Bucquoy, Léger, etc., lui confère presque l'importance et la valeur d'une véritable entité morbide.

Si l'étiologie des aortites, considérée d'une manière générale, offre encore bien des obscurités, nos connaissances relatives à leur pathogénie et à leur nature sont également très limitées. Les théories que l'on a formulées à ce sujet portent respectivement l'empreinte des doctrines médicales en honneur aux différentes époques. C'est dire que l'hypothèse y tient beaucoup plus de place que la certitude. En particulier, la doctrine de l'infection, si populaire aujourd'hui, a été mise à contribution par les nosologistes de la nouvelle école qui ont essayé de l'adapter à la genèse de nombre d'affections viscérales. Dans cet ordre d'idées, il y a eu de très intéressantes expériences, entre autres celles de MM. Gilbert et Lion qui ont tenté avec succès de reproduire artificiellement les lésions de l'artérite. Le résultat de ces tentatives expérimentales a été la production d'une aortite aiguë dans un cas, dans une autre celle d'une aortite en tout semblable à la dégénérescence athéromateuse spontanée. D'après ces faits, les deux expérimentateurs croient pouvoir conclure qu'il y a lieu d'accorder une place importante à l'infection dans l'étiologie de l'artérite athéromateuse chez l'homme. Cette hypothèse vaut bien les autres théories successivement proposées, comme celle de l'altération primitive des artères nourricières, de l'altération primitive du système nerveux, du trouble trophique. Cette dernière a trouvé, il est vrai un appoint considérable dans l'adhésion de M. Lancereaux qui lui a donné un corps avec sa conception de l'herpétisme; mais il lui manque l'indispensable critérium de la démonstration expérimentale. Car on ne saurait donner ce nom à quelques travaux de laboratoire d'une portée contestable. En ce qui concerne les aortites aiguës, nous sommes un peu plus avancés, et leur mode d'évolution dans certains cas, aussi bien que les circonstances commémoratives, établissent nettement le rôle de l'infection dans leur développement.

Dans la symptomatologie si remarquable des aortites, il est quelques particularités sur lesquelles il convient peut-être d'insister, à cause des difficultés d'interprétation qui s'y rattachent. Ainsi, on a beaucoup discuté sur le mécanisme de la douleur, provoquée ou spontanée, si fréquente dans quelques formes. C'est en particulier l'angine de poitrine qui a fait les frais de cette discussion toujours pendante, malgré d'innombrables travaux. On a cherché surtout à expliquer le mécanisme de la mort subite, cette redoutable éventualité qui représente le côté intéressant et même quelque peu romanesque de l'histoire de cette grave complication des aortites. Sténose des artères coronaires ou névrite cardiaque, tels sont les deux termes entre lesquels s'agitent les pathologistes, sans parvenir à s'entendre. Il y a, il est vrai, une opinion éclectique et intermédiaire qui admet les deux mécanismes, suivant les circonstances. Notre maître, M. Potain est parmi ceux qui adoptent cette hypothèse de conciliation, et M. Bureau paraît vouloir lui donner son adhésion.

La physiologie est intervenue, sans pouvoir donner définitivement la clef du problème. Elle ne l'a pas donnée davantage pour l'explication des troubles respiratoires, bien qu'il y ait eu dans cet ordre de faits d'importantes expériences de M. François Frank, qui a certainement fait faire un pas à la question.

Sur le terrain de la séméiologie pure, nos connaissances sont plus précises, parce qu'elles s'appuient sur des faits d'une constatation facile et pour ainsi dire quotidienne. La symptomatologie de l'aortite chronique néanmoins est fort complexe, et en clinique il n'est pas toujours facile de distraire la part qui lui revient de celle qui est imputable à d'autres lésions viscérales concomitantes. Plus limitée, et contenue dans un cadre plus restreint, celle de l'aortite aiguë n'est pas moins intéressante. Il s'agit ici d'une maladie souvent méconnue, car elle n'entre guère dans les préoccupations habituelles des médecins, de préférence absorbés par la contemplation des lésions cardiaques ou pulmonaires qui succèdent si fréquemment aux maladies infectieuses. Il y aurait cependant un intérêt unique à faire de bonne heure le diagnostic d'une affection singulièrement grave, qui peut tuer en quelques secondes, par accès angineux, ou rapidement, par migration d'éléments infectieux à travers l'arbre circulatoire, ou bien lentement, au milieu des symptômes de l'asystolie confirmée. Ce sont là les plus redoutables complications, mais il en est d'autres d'une gravité tout à fait comparable, comme la rupture de l'aorte, plus fréquente, il est vrai, dans l'aortite chronique, ou bien le rétrécissement et l'oblitération de certains vaisseaux artériels importants, coronaires, sous-clavières, etc. Dans son travail si consciencieux et si pourvu de faits, M. Bureau a donné à chacune d'elles l'attention méritée.

Etant donnée la richesse apparente de la séméiologie des aortites, on pourrait considérer *à priori* comme très facile le diagnostic de cette classe d'affections viscérales. Une opinion aussi optimiste n'est guère d'accord avec les réalités de la clinique et avec l'expérience quotidienne. Ainsi l'aortite chronique est l'objet de fréquentes confusions, et l'on voit diagnostiquer l'anémie, la tuberculose, le cancer dans des cas où elle

constitue la seule altération appréciable et déterminée. Puis la prédominance de tel ou tel symptôme peut être une cause d'erreur contre laquelle les praticiens ne sont pas toujours suffisamment prévenus. On entend, par exemple, prononcer le nom d'hypertrophie cardiaque essentielle dans des cas où il s'agit simplement d'une hypertrophie secondaire, consécutive à des lésions artérielles plus ou moins généralisées; celui d'asthme vrai, pour caractériser des phénomènes dyspnéiques soudains qui ne sont en réalité que des accès pseudo-asthmatiques liés à une poussée d'aortite aiguë, etc. Ces exemples sont choisis parmi bien d'autres, pour montrer comment le diagnostic, en matière d'aortite, est affaire d'appréciation délicate et de nuances.

On peut appliquer même jugement au pronostic, en général incertain et rétractaire à toute prévision de longue échéance. L'éventualité toujours aléatoire de certaines complications, angine de poitrine, rupture de l'aorte, asystolie, explique suffisamment cette absence de certitude. Si le pronostic de l'aortite aiguë est d'ordinaire moins sévère, surtout dans les cas où la maladie est secondaire, il n'en est pas moins vrai que la prudence conseille d'y introduire des réserves, motivées par ce fait que des individus, en apparence guéris définitivement, ont pu succomber ultérieurement aux conséquences éloignées de leur lésion. Et malheureusement, l'on ne peut guère compter, pour adoucir cette sévérité du pronostic, sur l'efficacité des moyens thérapeutiques. Ceux-ci sont en nombre très restreint, et n'exercent trop souvent qu'une action douteuse. MM. Potain et Huchard ont beaucoup préconisé l'iodure de sodium, à petites doses quotidiennes. Mais cette médication doit être instituée de bonne heure, et continuée pendant des mois, ou mieux pendant des années. En matière d'aortites, le premier rôle doit incomber à l'hygiène, et l'on doit tendre autant que possible à diminuer le travail du cœur qui tient sous sa dépendance immédiate le travail des artères. Cette conclusion est celle qui termine l'excellent mémoire de M. Bureau, dont nous nous sommes inspiré dans l'exposé des considérations qui précèdent.

P. M.

REVUE DES JOURNAUX

PATHOLOGIE DU VAGIN.

I. — Un cas de chancre mou gangreneux du vagin, par le Dr Gœrdes. (*Centralblatt für Gynækologie*, 1893, n° 4, p. 59.)

II. — Contribution a l'étiologie des fistules vaginales, par le Dr Max von Carl-Hohenbalken. (*Wiener medicin. Presse*, 1893, n° 8, p. 281.)

Travaux a consulter.

I. — Les cas de chancre mou du vagin sont très rares. L'exemple relaté par M. Gœrdes est intéressant non seulement à ce titre, mais eu égard au mode de terminaison.

Il s'agit d'une jeune fille qui était malade depuis trois ou quatre semaines lorsqu'elle se présenta au médecin. Elle se plaignait d'éprouver des douleurs extrêmement violentes dans le vagin, et elle avait beaucoup de peine à marcher. Elle n'avait pratiqué le coït que deux fois, c'est-à-dire cinq mois et cinq semaines avant de s'adresser au médecin. Voici ce que fit constater l'examen des organes génitaux :

Œdème considérable des grandes lèvres, entre lesquelles faisaient saillie des lambeaux d'un gris noirâtre, qui n'étaient autres que des fragments de la paroi vaginale gangrénée; odeur extrêmement fétide. Grossesse remontant à quatre mois. L'examen du vagin étant extrêmement douloureux, fut complété le lendemain, sous le chloroforme. On put constater alors que le conduit vaginal, dans presque toute son étendue, était envahi par la gangrène; la mortification atteignait une épaisseur de 1 centimètre; avec des pinces et des ciseaux, on pouvait arracher et détacher des lambeaux d'une largeur de 5 centimètres. Avec la cuiller on procéda au grattage du vagin, jusqu'à complet enlèvement du tissu mortifié. L'hémorrhagie fut relativement minime.

Il semblait que le travail de mortification avait eu son point de départ dans un foyer infectieux primitif situé à la partie antérieure de la moitié gauche de la paroi vaginale; c'est là, en effet, que la gangrène atteignait son maximum de profondeur et d'étendue. Le col n'était pas gangréné; à l'autre extrémité du vagin, la gangrène s'arrêtait à l'entrée de ce conduit.

Pendant le grattage, on avait fait des injections avec une solution de créoline à 1 p. 100; puis le vagin avait été tamponné avec de la gaze iodoformée à 10 p. 100. Le lendemain et le surlendemain, en renouvelant le tampon, on ne trouva qu'une sécrétion peu abondante. Pas de fièvre, pas de douleurs. L'œdème des grandes lèvres avait notablement diminué. Mais la malade n'urinait point. Par le cathétérisme, on ne retirait qu'une petite quantité d'urine. La malade était dans un état de torpeur intellectuelle qui alla en s'accentuant. On soupçonna une intoxication par l'iodoforme, et on remplaça le tampon par de la onate.

Le troisième jour après l'opération, la malade était dans le coma; t. 35°,8; p. 98. Pas de vomissements; pas de convulsions; pas d'iode dans l'urine. Le lendemain la malade avorta; elle ne perdit que peu de sang. Deux heures après elle rendit le dernier soupir.

A l'autopsie on a trouvé la muqueuse utérine tapissée par des masses diphtéroïdes. Le volume des reins était double de ce qu'il est à l'état normal. Le coma terminal était donc d'origine urémique.

II. — M. Carl-Hohenbalken relate un premier cas de fistule vésico-vaginale, survenue dans des circonstances assez singulières. Le sujet de l'observation, une femme de 47 ans, racontait qu'à l'âge de 20 ans elle éprouvait des douleurs dans le ventre et une certaine gêne pour uriner. On lui avait fait une opération, dont elle ne se rappelait qu'une chose, c'est qu'à partir de là elle n'avait cessé d'avoir de l'incontinence d'urine.

En l'examinant, vingt-sept années après la première opération, on constata l'existence d'une tumeur dans le ventre, dure, du volume d'un poing d'adulte. En refoulant l'utérus de bas en haut, avec le doigt introduit dans le vagin, la tumeur se déplaçait du même coup. Au toucher vaginal on sentait, à droite du col, une tumeur du volume d'un œuf d'oie, arrondie, pédiculée, et qui refoulait de haut en bas la paroi supérieure de la vessie. A ce niveau le doigt explorateur glissait facilement à travers un orifice arrondi, dans la vessie. La tumeur était un fibrome pédiculé implanté sur la paroi antérieure de l'utérus. D'autres tumeurs occupaient la cavité utérine. Après avivement de la fistule, celle-ci fut oblitérée au moyen de sutures en fil de soie. Quinze jours après, la malade était complètement rétablie.

L'auteur suppose que le fibrome pédiculé existait déjà lors de la première opération, qu'il avait été pris pour une tumeur ou un calcul de la vessie, et qu'on avait fait une tentative d'extirpation ou d'extraction en pratiquant une colpocystotomie. On avait ensuite négligé d'oblitérer l'incision, d'où la seconde fistule.

Une seconde observation relatée par l'auteur concerne une femme de 80 ans, chez laquelle une fistule vésico-vaginale s'était développée sous l'influence de la pression exercée par un pessaire. En raison de l'âge de la malade on s'est abstenu de toute intervention opératoire; la femme a été simplement munie d'un urinal.

Une troisième observation relatée par M. Carl-Hohenbalken est particulièrement intéressante. Elle a trait à un cas de fistule recto-vaginale, survenue sous l'influence de la pression exercée par un bouchon de carafe, en verre, qui avait séjourné pendant quinze ans, dans le vagin d'une femme. Celle-ci était âgée de 65 ans lorsqu'elle se fit admettre à l'hôpital. Depuis cinq semaines elle souffrait de douleurs continues dans le ventre, et d'une constipation opiniâtre. Dix jours auparavant, elle avait perdu du sang par le vagin. Cette hémorrhagie s'était reproduite à un jour d'intervalle; elle avait été assez abondante. La femme avait accouché 2 fois. Après le second accouchement, un médecin, à ce qu'elle racontait, lui avait introduit le bouchon de carafe dans le vagin, pour remédier à une colpocèle.

En examinant les organes génitaux on constata que la paroi antérieure du vagin fait fortement saillie hors de la vulve. La paroi postérieure du vagin présentait une solution de continuité, qui commençait immédiatement en arrière de la commissure postérieure, longue de 5 centimètres, et de la largeur d'un pouce. A travers cette solution de continuité on pouvait pénétrer avec deux doigts dans le rectum, dont la cavité était sensiblement rétrécie, en partie par un lambeau linguiforme de la paroi postérieure du vagin, qui faisait saillie dans l'ampoule rectale, en partie par des cicatrices rigides, en partie par l'utérus fixé en rétroflexion.

La malade racontait que quelques jours auparavant, en allant à la garde-robe, elle avait rendu le corps étranger. C'était bien un bouchon de carafe en verre, qui mesurait 8 centimètres en longueur et dont la tête avait une largeur de 6 centimètres. Le bouchon était taillé à arêtes vives (un dessin accompagne le travail de l'auteur). Il pesait 132 grammes.

La malade ayant refusé de se faire opérer, on se borna à lui introduire dans le vagin un anneau en caoutchouc, destiné à obstruer la fistule.

E. Ricklin.

TRAVAUX A CONSULTER.

I. — Drucker. Un cas de fistule uréthro-vaginale guérie au moyen d'une colpoclisie, après établissement préalable d'une fistule vésico-vaginale. (*Archiv für Gynækologie*, 1893, t. XVIII, fasc. 9, p. 265.)

II. — Bonandi. Kystes du vagin. (*Raccoglitore medico*, 10 mars 1890.)

III. — H.-W. Freund. Mécanique et traitement des déchirures de l'utérus et du vagin. (*Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynækologie*, t. XXIII, fasc. 2.)

IV. — N. Ostermayer. Un cas de rupture traumatique du vagin. (*Centralblatt für Gynækologie*, 1892, n° 31, p. 614.)

V. — W. Schulein. Sur les lésions du vagin, déterminées par l'accouchement ou par l'intervention du médecin. (*Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynækologie*, 1892, t. XXIII, fasc. 2.)

BIBLIOGRAPHIE

Traité élémentaire de physiologie, d'après les leçons pratiques de démonstrations, précédé d'une introduction technique à l'usage des élèves, par J. V. Laborde, directeur des travaux pratiques de physiologie à la Faculté de Paris, membre de l'Académie de médecine. — Un vol. in-8 avec 130 figures dans le texte et 25 planches dans l'introduction. Edité par la Société d'éditions scientifiques, 4, rue Antoine-Dubois, place de l'Ecole de médecine.

Le volume que nous avons en mains n'est, de l'ouvrage, qu'une première partie qui sera, nous dit M. Laborde, rapidement suivie du complément définitif du livre entier. Cette première partie comprend la plus importante portion du système nerveux et est précédée d'une introduction technique qui renferme les divers moyens et procédés à l'aide desquels se font les expériences sur les différents animaux et les différentes régions. Il n'est point aisé de rapporter en quelques mots des méthodes de laboratoire; disons seulement que nous avons retrouvé, dans cette exposition, la netteté et la précision qui nous avaient déjà rendues attachantes, ces études pourtant arides au commençant, alors que nous avions l'honneur de suivre, à l'Ecole pratique, les cours de physiologie de M. Laborde.

C'est par les fonctions du système nerveux que commence l'auteur. L'habitude est d'entrer en matières par les fonctions de nutrition. Voici les raisons pour lesquelles M. Laborde a interverti cet ordre.

« Le système nerveux joue, en effet, dans la constitution et dans le fonctionnement de l'organisme animal, un rôle tellement prépondérant, il y jouit d'une telle ubiquité organique et fonctionnelle, que son étude physiologique nous semble devoir précéder et dominer celle de tous les autres systèmes. En procédant de la sorte, l'on n'obéit pas seulement à une exigence de logique didactique, on abrège, en outre, singulièrement et le travail de l'exposé et le travail du lecteur; car le système nerveux présidant à toutes les fonctions de l'économie, il n'est pas besoin d'en recommencer l'étude à propos de chacune de ces fonctions, et l'esprit est tout préparé à saisir cette influence prépondérante. »

Nous ne pouvons guère que nous borner à la nomenclature des chapitres en répétant que la clarté de l'exposition en reste une des qualités maîtresses. La première partie de l'ouvrage ayant traité, ainsi que nous l'avons vu, des questions de technique, la seconde comprend les fonctions de l'organisme et le premier livre porte sur des fonctions de relation de la vie animale ou organique. Ainsi que l'a annoncé M. Laborde, la section par laquelle il entre en matière, est celle des fonctions du système nerveux ou innervation. Dans le premier chapitre, il donne une idée générale du système nerveux, et de ses propriétés. Puis il passe à l'étude des racines rachidiennes, des extrémités périphérique et centrale du nerf, de la sensibilité récurrente, des dégénérescences diverses. Dans les chapitres qui traitent des fonctions de la moelle épinière, on trouve des expériences et des vues personnelles qui en font une partie originale sans que nous puissions, malheureuse-

ment, nous étendre davantage sur ce point; le chapitre des réflexes médullaires est particulièrement complet.

Très complète, également, l'étude des fonctions du bulbe rachidien, « centre autonome d'innervation »; de la protubérance annulaire, des pédoncules cérébraux, des tubercules quadrijumeaux; l'étude des fonctions du cervelet, du cerveau proprement régions centrale et corticale. Notons la partie qui a trait aux localisations fonctionnelles cérébrales, aux localisations motrices et psycho-motrices, dont voici la conclusion:

« En résumé, les faits d'observation anatomo-clinique et expérimentale montrent : qu'il existe une région cortico-cérébrale, dont l'excitation fonctionnelle détermine des mouvements partiels, et les lésions destructives la paralysie de ces mêmes mouvements. Cette région comprend les circonvolutions pariéto-frontales dites *rolandiques et le lobule paracentral*. Cette région constitue la zone excitable ou motrice.

Les autres régions de l'écorce (frontale antérieure, temporo-sphénoïdale, occipitale) sont muettes ou silencieuses relativement à la motricité (exception faite pour la fonction motrice du langage articulé qui appartient à la troisième frontale, et qui constitue une fonction et une localisation à part, distincte des localisations motrices de l'écorce).

Les régions silencieuses pour la motricité sont dévolues, notamment les circonvolutions de la zone temporale et occipitale, aux phénomènes de sensibilité, soit générale, soit spéciale.

La région ou zone motrice est formée de foyers plus ou moins distincts ou localisés, dont la mise en jeu fonctionnelle détermine des mouvements toujours dans les mêmes muscles correspondants à ces foyers, et ordinairement du côté opposé à leur siége, ou d'une façon croisée, et dont la destruction amène la paralysie de ces mêmes muscles.

La volonté, comme fonction psychique générale, préside à ces mouvements qui sont, pour cela, des mouvements *volontaires*.

A ce point de vue seulement, on peut concevoir des foyers ou centres *psycho-moteurs*, et les dénommer ainsi, à la condition de ne les point considérer comme comprenant chacun, et emportant, pour ainsi dire, avec eux, une portion de cette fonction générale de volition, laquelle ne saurait être divisée, éparpillée, émiettée, comme nous le disions tantôt, pas plus que toute autre fonction psychique ou intellectuelle, l'idéation par exemple, elles interviennent évidemment dans la détermination des mouvements partiels dépendant des foyers localisés dont il s'agit, ce qui fait leur caractère de mouvements volontaires ou spontanés; mais cette intervention n'est que la manifestation de la fonction psychique générale, totale, toujours homogène, non localisée, en un mot, et non spécialement inhérente au foyer ou centre moteur.

En ce sens, et dans cette mesure, on peut concevoir et admettre une doctrine des localisations cortico-cérébrales conforme à la réalité des faits, et à la conception physiologique rationnelle des fonctions psychiques. Et alors un foyer ou centre de localisation dans la zone motrice peut être représenté schématiquement de la façon suivante (*ici un schéma*):

Une détermination initiale de la volonté ayant pour siége et pour point de départ la substance grise corticale (C, C, fig. 133);

La communication de cette détermination, de cet ordre ou sommation de la volonté à l'un des faisceaux sous-jacents et distincts de fibres blanches (F, B) conductrices de la motricité en relation immédiate et nécessaire avec les éléments cellulaires de la substance grise : éléments d'élaboration fonctionnelle psychique;

Enfin, la transmission par les faisceaux de l'ordre volontaire (F, P) aux parties motrices périphériques, auxquelles ils se rendent et aboutissent par les cordons nerveux (M. A. M. I). »

Notre analyse ne peut guère comprendre que des généralités sur l'ouvrage de M. Laborde ; chacune de ses parties, en effet, demanderait une analyse spéciale. N'est-ce point le plus grand éloge que nous en puissions faire, en ajoutant que tout le monde trouvera dans ce livre quelque chose à apprendre et à retenir.

R. F. M.

BULLETIN

Académie des sciences : Expériences sur la pathogénie du diabète. — Survie après la section des deux nerfs vagues. — *Académie de médecine* : Anévrysme du tronc brachio-céphalique et de la crosse de l'aorte traité par la ligature des grosses artères du cou. — Existe-t-il des vestiges de l'ancienne lèpre dans le nord de la France? — Opérations conservatrices sur l'ovaire (résection, ignipuncture). — Outillage sanitaire de la Ville de Paris. — Traitement de la tuberculose primitive des organes génitaux de l'homme par les injections de chlorure de zinc. — *Société de chirurgie* : Traitement chirurgical de l'endométrite cervicale glandulaire. — Néphrectomie et uretérectomie totale; guérison — *Société médicale des hôpitaux* : Vaccine et variole simultanées. — Réviviscence du thymus. — Ostéite déformante de Paget.

Nous avons publié, dans le précédent numéro de la *Gazette*, un travail communiqué à l'Académie des sciences par MM. Chauveau et Kaufmann sur la pathogénie du diabète. Ces deux auteurs ont fait connaître, dans une seconde note, les résultats de leurs analyses comparatives du sang artériel et du sang veineux dans les différentes conditions expérimentales qu'ils ont réalisées, conditions qui sont les suivantes : 1° hyperglycémie déterminée par l'assommement; 2° hyperglycémie déterminée par la piqûre du plancher du quatrième ventricule (expérience classique de Claude Bernard); 3° hyperglycémie déterminée par la section sous-bulbaire ou atloïdo-occipital de la moelle épinière; 4° hypoglycémie déterminées par la section de la moelle épinière au niveau du renflement brachial et dans les régions avoisinantes; 5° hyperglycémie déterminée par l'excision du pancréas. De ces nombreuses expériences, MM. Chauveau et Kaufmann ont tiré les conclusions suivantes :

« L'hyperglycémie diabétique, qu'elle provienne de l'extirpation du pancréas ou d'une lésion de l'axe médullaire, reconnaît toujours pour cause un excès de production glycosique, et non un arrêt ou un ralentissement de la dépense de sucre dans les vaisseaux capillaires. D'un autre côté, dans les cas d'hypoglycémie déterminée par les sections médullaires, cette dépense est plutôt moins active qu'à l'état normal. D'où il résulte que toutes les déviations de la fonction glycémique, en quelque sens qu'elles se produisent, doivent être rapportées à une même cause immédiate : un changement dans l'activité de l'organe glycogène, c'est-à-dire l'exaltation de l'amoindrissement de la production de la glycose. Voilà le point fondamental qu'il fallait établir pour servir de pierre d'at-

tente solide à l'édification d'une théorie générale du diabète. La dépense glycosique qu'entraîne le mouvement nutritif n'est ni entravée, ni accrue, dans les diverses déviations de la fonction glycémique qui ont fait l'objet de nos recherches. D'où il résulte que ces troubles, malgré leur gravité, ne modifient pas sensiblement les caractères fondamentaux de la nutrition en ce qui concerne l'utilisation de la glycose pour la création de la force vive nécessaire au travail physiologique intime des tissus animaux. »

— On sait que la division des deux pneumogastriques, pratiquée coup sur coup, ou bien à courts intervalles, amène infailliblement la mort de l'animal, au moins lorsqu'il s'agit d'un mammifère et que la section se fait au milieu du cou. M. Vanlair, renouvelant les expériences de Vulpian et Philippeaux, a cherché combien de temps il fallait mettre entre la section des deux nerfs pour obtenir la survie de l'animal, ou, ce qui revient au même, combien le premier pneumogastrique sectionné mettait de temps à se régénérer. Cet intervalle, évalué à près de quatre mois pour le chien par Vulpian et Philippeaux, paraît être plus long à M. Vanlair, qui le fixe approximativement de dix mois à un an.

Mais, en étudiant la régénération progressive du pneumogastrique, qui se fait du centre à la périphérie, M. Vanlair a vu là un moyen d'élucider quelques points de la physiologie de ce nerf. En effet, les fibres à destination cardiaque, gastrique, intestinale, hépatique, splénique, etc., se régénérant successivement, il paraît possible, en suivant avec attention les phases de cette régénération, de dissocier les fonctions multiples du nerf sans être obligé de recourir à des sections plus ou moins nombreuses, portant le plus souvent sur des plexus complexes et difficilement isolables. L'auteur se borne à indiquer le procédé d'étude, se réservant sans doute de l'appliquer ultérieurement.

— La dernière séance de l'Académie de médecine a été des mieux remplies.

Tout d'abord M. Le Dentu, à propos d'un fait par lui observé, trace les règles du traitement des anévrysmes du tronc brachio-céphalique et de la crosse de l'aorte par la méthode de Brasdor ou de Wardrop.

La malade opérée par notre confrère était atteinte d'un anévrysme du tronc brachio-céphalique et de la crosse de l'aorte; son état était très grave et la mort paraissait menaçante à bref délai. M. Le Dentu lia, dans une seule séance, la carotide primitive et la sous-clavière droites. L'amélioration fut rapide et, pendant trois ou quatre mois, la malade put se croire guérie. Mais les symptômes reparurent et l'anévrysme se développa vers la gauche. M. Le Dentu se décida à lier la sous-clavière gauche; à la place de cette artère il trouva et lia la scapulaire postérieure, anormalement développée. Nouvelle amélioration, mais plus courte que la première. L'état de plus en plus grave de la malade ne permit pas de tenter la ligature de la carotide gauche. Elle succomba aux progrès du mal et, à l'autopsie, on trouva un anévrysme du tronc brachio-céphalique, de la crosse de l'aorte et même de l'aorte descendante.

Voici maintenant comment M. Le Dentu comprend le traitement chirurgical de semblables anévrysmes.

Dans le cas d'anévrysme du tronc brachio-céphalique commencer par la ligature en une séance de la carotide primitive et de la sous-clavière droites. Si la tumeur continue à se développer du côté droit, tenter la ligature de la vertébrale; si elle se développe vers la gauche, lier la sous-clavière gauche. On ne peut songer, en cas de progrès continus de la tumeur, à lier la carotide primitive gauche que plusieurs mois après la double ligature du côté droit, alors que la circulation anastomotique s'est suffisamment établie.

Dans les cas d'anévrysmes primitifs ou secondaires de l'aorte, on se comporte différemment suivant le siège précis de l'anévrysme. Si c'est l'aorte ascendante, ligature des deux branches du tronc brachio-céphalique; si c'est la portion horizontale de la crosse, ligature d'un grand vaisseau à droite et d'un autre à gauche, en ayant soin de ne pas lier les deux carotides le même jour; si c'est la portion de la crosse située après l'origine de la sous-clavière, s'abstenir de toute ligature pour ne pas augmenter la tension dans le sac; enfin si l'anévrysme a envahi toute la crosse en même temps que le tronc brachio-céphalique, intervenir comme l'a fait M. Le Dentu dans son observation.

Notre confrère a soin de bien faire observer, à la fin de sa communication, que l'intervention chirurgicale dont il vient de tracer le programme, ne doit trouver son application que lorsque le traitement médical a donné tout ce qu'on pouvait en attendre.

— M. Leloir a examiné de nouveau une hypothèse qu'il a lui-même émise, et qui a été reprise par M. Zambaco, et d'après laquelle on observerait encore en France, plus particulièrement dans le Nord et en Bretagne, des vestiges de l'ancienne lèpre qui, au moyen âge, a envahi toute l'Europe. Il rapporte plusieurs observations, avec dessins et planches à l'appui, d'affections nerveuses ayant avec la lèpre les plus grandes analogies, telles que troubles et dissociations de la sensibilité, troubles trophiques, mutilations des doigts et des orteils, etc. Certes il est possible, et c'est là une théorie séduisante, de considérer ces cas comme des formes dégénérées de l'ancienne lèpre, mais, suivant M. Leloir, la démonstration rigoureuse fait encore défaut car, dans les observations dont il vient d'être parlé, l'examen anatomique et bactériologique des lésions n'a jamais permis d'affirmer le diagnostic de lèpre.

— L'un des reproches qu'on a adressés à l'intervention chirurgicale dans le traitement des affections tubo-ovariennes, c'est de condamner à la stérilité des femmes encore en état de concevoir. Or, à une époque où l'on se plaint de la diminution progressive de la natalité, ce reproche méritait de fixer l'attention des chirurgiens. C'est dans le but de l'atténuer que M. Pozzi propose, lorsque dans le cours d'une laparotomie on trouve l'ovaire en partie sain, de se borner à une résection partielle, en conservant la partie normale de l'organe. Dans tous les cas où notre confrère s'est inspiré de cette chirurgie conservatrice, la menstruation a continué de s'effectuer et il a pu voir une grossesse survenir et évoluer régulièrement chez des femmes auxquelles il avait enlevé un ovaire et réséqué partiellement l'autre.

Toutes les fois que l'altération ovarienne est nettement limitée à une région, on résèque donc la partie malade et on réunit les deux lèvres de l'incision par un surjet au catgut.

Quand il s'agit de lésions disséminées, comme dans l'ovarite diffuse ou certaines dégénérescences kystiques, au bistouri on substitue le thermo-cautère avec lequel on cautérise le

stroma ou les petits kystes. Répondant d'avance à deux objections qui pourraient lui être faites, M. Pozzi dit que ces cautérisations ne peuvent ni amener la sclérose car, dans le cas particulier la résorption des eschares se fait sans travail inflammatoire, ni favoriser la dégénérescence micro-kystique, car il s'agit ici, non de glandes en grappe, mais de follicule clos, et tous ceux qui n'auront pas été atteints par le cautère pourront se développer librement.

A l'appui de son travail, M. Pozzi relate l'observation de 12 malades qu'il a opérées, six par la résection de l'ovaire et six par l'ignipuncture. Dans tous les cas les résultats immédiats de l'opération ont été heureux. L'avenir montrera dans quelle mesure, outre le maintien de la guérison, les fonctions génératrices des opérées auront été conservées.

— M. A. Martin, dans une courte note, fait connaître l'outillage sanitaire de la Ville de Paris comprenant, en dehors du service de la vaccine, les moyens de transport des malades atteints de maladies transmissibles et les procédés de désinfection.

Il existe, pour le transport des malades, deux stations spéciales et deux postes hospitaliers. Dans les stations se trouvent en permanence des infirmiers ayant pour mission d'accompagner les malades et de leur donner au besoin les soins nécessaires. 6.000 transports ont été effectués en 1892.

On compte actuellement à Paris, trois stations de désinfection; il y en aura deux autres dans un avenir prochain. Ces stations sont pourvues de six étuves à vapeur sous pression et de tout le matériel nécessaire pour la désinfection à domicile. Les chiffres suivants donnent une idée de l'extension progressive du service : En 1889, de fin mai à fin décembre, les étuves municipales ont pratiqué 78 opérations; en 1890, elles en ont pratiqué 652; en 1891, 4.139; en 1892, 18.454; pendant le mois de janvier 1893, 2.000.

Depuis quelques mois fonctionne un nouveau service ayant pour mission de rechercher les causes d'insalubrité et de les signaler aux divers services techniques en mesure d'y remédier.

— M. Ozenne a présenté à l'Académie un homme, âgé de 31 ans, qu'il a traité par la méthode sclérogène, pour une tuberculose intéressant le testicule, l'épididyme, le cordon, le lobe de la prostate et la vésicule du côté gauche. Des injections de chlorure de zinc à 1 p. 10, composées chacune de deux gouttes de liquide, ont été faites autour des noyaux tuberculeux. Un petit noyau survenu vers la queue de l'épididyme du côté droit a été traité de la même manière. Aujourd'hui l'état local et l'état général du malade offrent une très grande amélioration.

— A la Société de chirurgie, M. Bouilly fait connaître le traitement chirurgical qu'il emploie pour combattre l'endométrite cervicale glandulaire. Il s'agit ici de l'endométrite particulière aux jeunes femmes, aux nullipares, dont la caractéristique est un écoulement visqueux, épais, très adhérent à la muqueuse, formant bouchon à l'orifice externe qui est normal ou rétréci, et s'accumulant entre les deux orifices, dans la cavité cervicale dilatée en forme de barillet. L'affection ne s'accompagne pas généralement de phénomènes douloureux comme la métrite parenchymateuse ou les maladies des annexes, elle ne trouble pas la santé générale, et les femmes qui en sont atteintes viennent consulter le médecin soit à cause de l'écoulement qui les incommode, soit à cause de la stérilité qui en est la conséquence habituelle.

La lésion, dans l'endométrite cervicale glanduleuse, a pour siège la profondeur des glandes du col; de là sa résistance aux traitements qui ne s'adressent qu'à la superficie de la muqueuse et sa durée indéfinie. L'opération de Schrœder en a raison, mais est, dans l'espèce, d'une application assez délicate et difficile. M. Bouilly y substitue une opération plus simple qui consiste, après avoir dilaté et raclé la cavité utérine, à enlever au bistouri, sur la face interne de chaque lèvre du col, un lambeau rectangulaire, étendu d'une commissure à l'autre, limité en haut et en bas par les deux orifices. Les parties latérales, au niveau des commissures, sont respectées de manière que la réunion angulaire des parties avivées ne puisse se faire et qu'il ne se produise pas ainsi de rétrécissement consécutif. Comme pansement, tampon de gaze iodoformée. Du douzième au quinzième jour, la malade peut se lever, le col a repris sa forme, l'écoulement a disparu. Deux fois, sur une quarantaine de malades qu'il a ainsi opérées et guéries, M. Bouilly a vu survenir une grossesse chez des femmes jusqu'alors stériles.

— Un jeune homme de 20 ans, à la suite d'une fièvre typhoïde, présente tous les symptômes d'une pyonéphrose unilatérale du côté droit, et une intervention chirurgicale devient nécessaire. M. Reynier fait l'incision lombaire classique, décortique le rein transformé en kyste purulent, l'enlève, lie et fixe à la partie inférieure de la plaie l'uretère, notablement augmenté de volume. Dès le troisième jour, les urines redeviennent purulentes et les accès de fièvre reparaissent; du pus s'écoule aussi par la partie inférieure de la plaie après la chute des fils qui y fixaient l'uretère. M. Reynier agrandit l'incision lombaire, saisit l'uretère et en amène de 16 à 17 centimètres, pour le lier le plus bas possible; mais le conduit se déchire, on le lie à 12 centimètres, et le reste disparaît au fond de la plaie. Drainage, pansement à la gaze salolée. Persistance de la fièvre et de l'écoulement purulent. Le chirurgien intervient alors pour la troisième fois et, par une incision pararectale, il cherche à atteindre, sur les côtés du rectum, le bout inférieur de l'uretère qui lui a échappé : il ne peut y parvenir. Cicatrisation de la nouvelle plaie, mais persistance de la fistule lombaire et de la purulence des urines.

M. Reynier se décide à aller chercher le bout inférieur de l'uretère par la voie sus-pubienne; cette fois il est plus heureux et tombe sur ce qui restait de l'uretère (environ 12 centimètres), qu'il lie et sectionne au voisinage de la vessie, après l'avoir cureté dans son trajet intravésical. Dès le lendemain, plus de pus dans les urines, cicatrisation prompte de la plaie et guérison complète quelque temps après.

L'auteur croit être le premier à avoir fait l'ablation totale de l'uretère et ce par la voie inguinale.

— La question de l'identité de la variole et de la vaccine, résolue négativement en France, trouve plus de crédit à l'étranger. M. Juhel-Rénoy l'a soulevée de nouveau, au sein de la Société médicale des hôpitaux, à propos d'un malade qui lui a offert l'évolution simultanée d'une double éruption variolique et vaccinale. De pareils faits ne sont pas extrêmement rares et, suivant la juste remarque de M. Barth, au lieu de

constituer un argument en faveur de l'identité des deux virus tendent plutôt à fournir un argument contraire.

— L'atrophie physiologique du thymus dès la première enfance a contribué à éloigner de cet organe l'attention des pathologistes. Or, M. Marie en a observé la persistance ou la réviviscence dans certaines affections s'accompagnant d'altérations du corps thyroïde ou de quelque autre glande vasculaire sanguine. Au nombre de ces affections sont le myxœdème, l'acromégalie, la maladie de Basedow.

Dans le myxœdème infantile, le thymus n'a pas eu le temps de s'atrophier et de disparaître; il a persisté et s'est hypertrophié. Dans le myxœdème qui se développe après la puberté à la suite d'altérations du corps thyroïde, le thymus, qui avait dû subir l'involution habituelle, et qui est trouvé notablement développé, a été l'objet d'un véritable travail de réviviscence.

L'acromégalie s'accompagne de l'altération, sinon constamment du corps thyroïde, du moins d'une autre glande vasculaire sanguine, le corps pituitaire; elle offre aussi l'occasion de constater la présence du thymus, et, comme elle ne se développe guère avant la vingtième année, il s'agit bien d'une réviviscence de la glande en question.

Pareille réviviscence du thymus a été maintes fois observée dans la maladie de Basedow, ce qui, en raison de ces relations réciproques entre glandes homologues, tend à prouver que, dans cette affection, le corps thyroïde est foncièrement atteint, que, par conséquent, la maladie de Basedow n'est peut-être pas une névrose aussi pure qu'on le suppose généralement.

— M. Thibierge a présenté à la Société médicale des hôpitaux deux malades atteints d'ostéite déformante de Paget, affection assez rare pour que, ces deux cas compris, le nombre des observations recueillies en France ne dépasse pas le chiffre de 13; on en compte environ une cinquantaine dans toute la littérature médicale. On sait qu'il s'agit, sous cette dénomination, d'une affection ayant pour caractères l'augmentation de volume et la déformation des os longs des membres, surtout des membres inférieurs, l'augmentation de volume du crâne, l'innervation cyphotique du rachis, et, comme complications terminales, une lésion du cœur ou quelque tumeur maligne.

Dr F. de Ranse.

NOTES ET INFORMATIONS

Comité consultatif d'hygiène publique. — Le comité s'est réuni lundi dernier, sous la présidence de M. Brouardel.

M. H. Monod, directeur du service, a rendu compte de la situation sanitaire à Marseille :

Depuis la dernière réunion du comité, a-t-il dit, quelques cas suspects se sont produits. Ils ont été en petit nombre, disséminés, et, ne formant pas de foyer, n'ont pas eu de caractère épidémique. Cela n'a pas empêché plusieurs nations étrangères de prendre à l'égard des provenances de Marseille des mesures tout à fait exagérées. Des journaux étrangers ont reproché à notre administration d'avoir continué à délivrer des patentes nettes aux navires quittant Marseille.

Rien pourtant n'eût justifié la délivrance de patentes brutes. En sens inverse, on a reproché à l'administration d'avoir voulu protéger les ports français en ordonnant, par extrême précaution, la visite médicale et la désinfection du linge sale sur les navires venant de Marseille. Cette mesure n'est une gêne pour personne et sans doute elle pourrait, sans inconvénient et au contraire avec avantage, être prise même en dehors des temps d'épidémie.

En tout cas, les quarantaines édictées à l'étranger l'ont été avant le 11 février, jour où la visite médicale a été prescrite en France, et, d'autre part, l'administration sanitaire aime mieux s'exposer au reproche d'une surveillance excessive qu'à celui d'une négligence coupable.

Si une importation malheureuse se fût produite dans un de nos ports, l'administration qui n'aurait pris aucune précaution aurait été certainement blâmée, et, cette fois, à juste titre.

A propos d'une épidémie de fièvre scarlatine qui s'est produite dans la commune de Bubry (Morbihan) où, sur 3,859 habitants, on a compté 58 cas et 11 décès, et qui est située à 15 kilomètres de toute résidence de médecin, ce qui porte le prix moyen de la visite d'un médecin à 30 francs, le Comité d'hygiène a adopté le vœu suivant :

A l'unanimité, le Comité demande que le Sénat vote sans retard et tel qu'il a été adopté par la Chambre, le projet de loi sur l'assistance médicale gratuite.

NOUVELLES

Facultés et écoles des départements. — *Faculté de médecine de Bordeaux.* — M. Venot est nommé, jusqu'à la fin de la présente année scolaire, préparateur de médecine expérimentale.

MM. Ziegler et Crozet sont nommés, pour un an, aides d'anatomie.

Faculté de médecine de Montpellier. — M. le Dr Mouret est institué, pour une période de six ans, chef des travaux de physiologie.

Ecole de médecine de Grenoble. — M. le Dr Bordier est nommé professeur d'histoire naturelle.

Ecole de médecine de Marseille. — M. le Dr Magon est nommé professeur d'anatomie.

Ecole de médecine de Poitiers. — M. le Dr Brumauld, de Montgazon, chef des travaux micrographiques, est chargé, en outre, jusqu'à la fin de la présente année scolaire, d'un cours complémentaire d'histoire naturelle.

Concours pour trois places du bureau central (médecine). — Le jury de ce concours, qui s'ouvrira lundi, 27 courant, à midi, est composé de MM. Rohin, Joffroy, d'Heilly, Fernet, Brault, E. Labbé médecins des hôpitaux, et Peyrot, chirurgien.

Voici, d'autre part, par ordre alphabétique, la liste des 72 candidats inscrits pour les trois places :

MM. Achard, Barbier, Baudouin, Béclère, Belin, Berhez, Besançon, Blocq, Boulloche, Bruhl, Capitan, Caussade, Cayla, Charrier, Coffin, Courtois-Suffit, Dalché, Darier, de Gennes, de Grandmaison, Deschamps, Despréaux, Dubief, Duplaix, Duflocq, Dupré, Enriquez, Florand, Gallois, Gaume, Gilles de la Tourette, Gillet, Giraudeau, Girode, Guinon (Georges), Guinon (Louis), Hudelo, Jacquet, Jeanselme, Klippel, Laffite, Launois, Lehreton, Legry, Le Noir, Lesage, Létienne, Lion (Gaston-Camille), Luzet, Lyon (Gaston-Raphaël), Martin de Gimard, Ménétrier, Méry, Morel-Lavallée, Mosny, Parmentier, Pignol, Polguère, Queyrat, Raymond, Ribail, Sallard, Souques, Springer, Thoinot, Tissier, Toupet, Vaquez, Vignalou, Wéber, Widal, Würtz.

Le Rédacteur en chef et gérant : **F. de Ranse.**

Paris. — Typ. A. Davy, 52, rue Madame. — Téléphone.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Rédacteur en chef : M. le Dr F. DE RANSE

Comité de Rédaction : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN
J. ARNOULD (de Lille), P. FABRE (de Commentry), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon)

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 58, avenue Montaigne (Rond-Point des Champs-Élysées)

SERVICE CHIRURGICAL DE GYNÉCOLOGIE DE LOURCINE-PASCAL

GYNÉCOLOGIE

REMARQUES SUR L'ÉVOLUTION, LA MARCHE, LE DIAGNOSTIC DES KYSTES DERMOÏDES DE L'OVAIRE

D'après les documents et observations recueillis dans le service du Dr S. Pozzi,

Par le Dr P. R Charrier,
Ancien interne des hôpitaux, lauréat de la Faculté.

Les kystes dermoïdes de l'ovaire ont été l'objet de travaux nombreux; comme pour toutes les questions de gynécologie, on trouve dans le traité désormais classique de notre cher maître, M. Pozzi, l'analyse et la critique judicieuse des opinions et des ouvrages qui ont été publiés sur cette variété de kystes ovariens ; nous n'avons pas l'intention, au sujet des observations qui suivent, de résumer ici le chapitre du livre de notre maître ; cependant il nous a paru utile de faire ressortir les points intéressants des deux cas que nous avons recueillis pendant notre année d'internat à Lourcine-Pascal.

Tout d'abord, il peut paraître singulier que sur un total de 60 laparotomies nous n'ayons eu que 4 ovariotomies dont 2 pour kystes dermoïdes et 2 autres pour kystes intraligamentaires ou rétro-péritonéaux. Il faut chercher l'explication de ce fait dans la chasse véritable à laquelle se livrent les chirurgiens, les accoucheurs mêmes, sans distinction de spécialité, vis-à-vis du kyste de l'ovaire considéré aujourd'hui par les laparotomistes, de profession ou d'occasion, comme le type de l'opération abdominale facile et brillante.

Ceci dit, ajoutons que, dans le service chirurgical de gynécologie de Pascal, on reçoit avec plaisir les kystes de l'ovaire mais on ne les poursuit pas, on les opère.

Si nous envisageons maintenant les kystes dermoïdes que nous avons observés, la première chose qui nous frappe, c'est la stérilité des deux femmes qui ont été opérées; cette stérilité s'explique lorsqu'on veut bien remarquer que, dans un cas il y avait 2 kystes, un de chaque côté, et dans l'autre cas l'ovaire du côté opposé au kyste dermoïde était criblé de kystes conglomérés.

Dans les 2 observations, on constate une vive douleur attirant brusquement l'attention de la malade sur son ventre qui jusqu'alors n'avait pas d'histoire. Dans l'observation I, cette vive douleur fut suivie d'une crise péritoniforme, avec vomissements, nécessité de garder le lit, etc. Cette crise, qui se produisit huit ans avant l'entrée de la malade dans le service, a été la première d'une série de crises analogues survenant 3 ou 4 fois dans l'année et sans que la ménopause ait apporté le moindre changement ni dans leur durée ni dans leur intensité. Étant donné que la première de ces crises était survenue à la suite d'un mouvement brusque de la malade en se retournant dans son lit, M. Pozzi avait soupçonné une torsion du pédicule, mais il avait ajouté que pour lui cette torsion n'était ni très considérable ni complète, que vraisemblablement et à cause du retour périodique des crises douloureuses, on devait être en présence de cette variété de torsion du pédicule à laquelle Olshausen a donné le nom de torsion temporaire du pédicule, torsion qui avait bien pu devenir définitive puisqu'il y a trois mois la malade a eu sa dernière crise et n'a cessé de souffrir d'une torsion progressive.

Une fois l'opération commencée, on constata en effet l'existence de 3 tours de spire du pédicule ; il y avait donc bien torsion du pédicule; en outre l'existence des poussées péritonitiques chez notre malade permet d'adopter soit l'hypothèse de torsion temporaire, soit ce qui est plus fréquent, l'hypothèse de torsion progressive n'ayant entraîné ni la rupture du pédicule, ni l'hémorrhagie intra-kystique, ni la transformation gangréneuse, c'est-à-dire aucun des accidents que l'on voit survenir après cette torsion quand elle est soudaine.

D'un autre côté il ne semble pas non plus, même à supposer que la torsion ait été progressive, qu'elle ait produit la moindre modification heureuse dans le volume du kyste et surtout dans son contenu.

Nous avons insisté sur cette variété de pédicule tordu parce qu'on ne saurait trop y songer lorsqu'une douleur vive survient chez une malade portant un kyste de l'ovaire, surtout quand on a pu supposer que le kyste était dermoïde, le kyste dermoïde, plus que les autres kystes, se tordant facilement.

Dans l'observation II la même douleur a été observée et a révélé à la malade, une fois le médecin appelé, qu'elle portait une tumeur dans l'abdomen.

Ajoutons que si dans cette observation l'opération n'a pas fait constater de pédicule tordu, on peut supposer cependant, étant donnée la longueur de pédicule permettant à la tumeur de remonter jusque sous les côtes, que là aussi au

moment de la crise douloureuse de juillet, il y a eu torsion temporaire du pédicule; que cette torsion avait entraîné la fixité de la tumeur dans le petit bassin, son enclavement pendant plusieurs mois et, comme conséquence, les hésitations si prudentes de notre maître, supposant au début une grossesse malgré la persistance des règles, puis un utérus fibromateux, les règles étant devenues des métrorrhagies abondantes.

Insistons sur l'évolution clinique de ce kyste dermoïde pour montrer combien notre maître a raison quand il affirme que, sauf de très rares exceptions, en face de tumeurs abdominales et avec tous les moyens d'exploration que nous possédons, on doit toujours poser un diagnostic ferme.

Remarquons ce début en apparence brusque, chez une femme bien portante jusqu'à ce jour, n'ayant éprouvé aucun trouble morbide, caractérisé par une douleur telle qu'elle force la malade à se mettre au lit et à appeler un médecin qui constate une grosseur dans le ventre.

Cette douleur brusque devait, il nous semble, faire éliminer le diagnostic de grossesse; toutefois étant donnée la possibilité d'une supercherie, lorsque M. Pozzi examine la malade six à huit jours après l'apparition de la douleur, il se borne à des constatations superficielles, il ne cherche pas à mobiliser la tumeur, il ne fait pas de cathétérisme, il pratique seulement le toucher et le palper; c'est alors qu'il est frappé de l'union intime existant entre la tumeur et l'utérus, il lui semble que la tumeur c'est l'utérus et il se borne à attendre. Lorsque la malade revient le consulter trois mois plus tard, il fait le cathétérisme. Alors le diagnostic s'imposait, quoique les signes locaux fussent les mêmes, mais aussi parce qu'il y avait des métrorrhagies et que la possibilité d'une grossesse était à écarter à cause de l'état du col, des seins, de l'absence de battements du cœur total et de ce fait qu'en juillet, la tumeur était déjà grosse comme l'est un utérus de trois mois à quatre mois, qu'aujourd'hui on serait au huitième mois et que l'accroissement n'est pas proportionnel, qu'enfin il y a des hémorrhagies survenant au moment des époques menstruelles et par suite faisant éliminer les hémorrhagies d'une insertion vicieuse.

Pour faire le diagnostic de fibrome, le cathétérisme suffit presque toujours. On le pratiqua et on ne trouva que 6 cent. 1/2 à 7 centimètres, donc pas de fibromes. Il restait donc l'hypothèse d'une tumeur indépendante de l'utérus, l'examen sous le chloroforme qui permit de mobiliser la tumeur, d'apprécier qu'elle était arrondie, lisse, très mobile, fit enfin faire le diagnostic vrai, kyste de l'ovaire, à long pédicule.

En résumé, on sait que les kystes dermoïdes ont une évolution silencieuse, nos deux cas le prouvent; que la torsion du pédicule est fréquemment observée dans cette variété de kystes, notre première observation en est la preuve manifeste; il nous reste à dire un mot du contenu des kystes et des lésions observées de l'autre côté. Dans l'observation I, le kyste dermoïde présentait, une fois ouvert sur la face interne de la paroi, un revêtement muqueux ressemblant à la face interne de la muqueuse de l'intestin grêle.

Dans un autre point on trouva un fragment d'os ressemblant à l'apophyse zygomatique.

Enfin, outre le contenu caillebotté du kyste et la matière huileuse, on trouva une touffe de poils noirs.

Mais ce qui est l'intérêt de cette observation, car c'est là un fait rare qui n'était guère observé et décrit avant le travail de Poupinel (1), de l'autre côté, c'est-à-dire du côté droit, M. Pozzi parvint à extraire une tumeur mixte présentant 3 poches, l'une formant un vrai kyste dermoïde avec matières grasses, cheveux, etc., l'autre renfermant un liquide visqueux et présentant l'apparence d'un kyste proligère glandulaire, enfin la troisième poche renfermant un liquide blanc laiteux. L'ensemble de ces trois poches formait une tumeur qui plongeait dans le cul-de-sac postérieur, derrière l'utérus. C'était elle que, sous le chloroforme, M. Pozzi avait annoncée comme devant être soit une autre tumeur kystique, soit peut-être l'utérus en rétroversion, car on ne pouvait faire à ce moment le cathéthérisme.

L'observation II offrait un kyste dermoïde unique avec graisse, poils, etc., mais de l'autre côté, pas de kyste dermoïde, un ovaire criblé de petits kystes. Remarquons l'extrême longueur du pédicule, qui permettait à la tumeur de remonter jusqu'au sternum.

Disons en terminant que les deux malades ont parfaitement guéri et ont conservé une cicatrice linéaire à peine visible.

Observation I. — *Gros kyste dermoïde gauche, torsion du pédicule; tumeur kystique du côté droit; double ovariotomie; guérison.*

P... (Euphémie), âgée de 52 ans, entrée le 24 juin 1890, à Pascal.

Antécédents héréditaires, nuls; antécédents personnels, nuls. Réglée à 17 ans, règles régulières peu abondantes, se marie à 34 ans. Pas de grossesse, pas de fausse couche, pas de pertes blanches. Il y a huit ans, la malade, en se retournant brusquement, éprouva une douleur très vive dans le ventre; quelques mois après, douleur analogue; depuis ce moment, chaque année, la malade, trois ou quatre fois, éprouva des crises analogues caractérisées par des douleurs et des vomissements. Il y a quatre ans, les règles ont cessé, mais les crises douloureuses ont persisté. Il y a trois mois, nouvelle crise, les phénomènes douloureux se généralisent dans tout le ventre et les douleurs n'ont jamais cessé entièrement. C'est à la suite de cette crise que la malade se décide à entrer dans le service. C'est une femme de 52 ans, vigoureuse, état général excellent.

Le ventre est très développé, mais cette augmentation n'avait pas été remarquée par la malade. Varices considérables à la jambe droite surtout. La palpation du ventre donne la sensation d'une tumeur volumineuse uniforme, régulière, prédominant à droite. Cette masse est mobile : la cicatrice ombilicale est un peu déplissée.

Au toucher et à la palpation bimannelle, les culs-de-sac latéraux sont libres, le cul de-sac postérieur est rempli, soit par l'utérus en rétroversion, soit par une tumeur. L'utérus est petit. Hystéromètre, 6 centimètres. M. Pozzi, se réservant de compléter son examen sous le chloroforme, diagnostique un kyste ovarique et rattache les crises douloureuses à une torsion probable du pédicule.

Opération le 24 juin. Aussitôt la malade endormie, M. Pozzi

(1) G. Poupinel. *Des tumeurs mixtes de l'ovaire.* (*Arch. de Physiologie*, 1887, 3e série, t. IX, p. 394.)

pratique le toucher et la palpation bimannelle ; grâce à cette dernière, il constate une tumeur sphérique développée dans le côté droit, remontant jusqu'à la région gastro-hépatique, sa consistance est élastique sans être nettement fluctuante. Au toucher, col petit, porté en arrière. Dans le cul-de-sac postérieur, on sent une tumeur arrondie que M. Pozzi dit être soit l'utérus en rétroversion, soit un autre kyste.

Incision de 7 centimètres sur la ligne médiane. A l'ouverture de l'abdomen, tumeur fluctuante blanc nacré, adhérant fortement à l'épiploon qui la recouvre supérieurement ainsi qu'une anse intestinale. Dégagement rapide des adhérences. Ponction du kyste : écoulement difficile d'un liquide crémeux, café au lait, très épais, parsemé de gouttes d'huile. On remplace alors la ponction par une incision large sous irrigation continue. La malade est tournée sur le côté pour faciliter l'écoulement an dehors d'un liquide granuleux, d'apparence puriforme, au milieu duquel semble nager une grosse touffe de poils noirs emmêlés. L'écoulement est obtenu difficilement sous aspersion d'eau distillée tiède et bouillie en s'aidant des doigts introduits dans la poche. Quand la poche est suffisamment vidée, on la détache en frottant énergiquement avec des compresses éponges pour détruire les adhérences. On arrive ainsi sur un pédicule de la grosseur du pouce présentant un aspect tordu de trois tours au moins. A sa section, il a l'aspect feuille morte et une consistance assez molle. Ligature après transfixion. On recherche ensuite dans le cul-de-sac de Douglas la tumeur préalablement sentie. Elle a la forme d'une gourde qui plonge la tête la première dans le cul-de-sac. On la dégage en la faisant basculer ; le pédicule lamellaire est pris entre deux ligatures et touché au thermo-cautère. Drainage avec une bandelette de gaze iodoformée plongeant dans l'abdomen et sortant à l'angle inférieur de la plaie.

La tumeur principale appartenant à l'ovaire gauche consiste en un kyste dermoïde contenant une foule de poils noirs, de la matière caillebotée et de la matière huileuse ; en un point de la paroi existe un épaississement muqueux rappelant une anse intestinale ; en un autre point de la paroi on trouve une saillie fongueuse sous laquelle on perçoit une masse dure ossiforme et la dissection met à nu un fragment d'os qui ressemble beaucoup à une apophyse zygomatique. La petite tumeur comprenait 3 cavités : une grande à parois très minces contenant de la matière caséeuse et des poils noirs longs, soit libres, soit implantés ; en un point, sous le revêtement interne, existe un petit noyau ossiforme du volume d'une dent. A la suite de cette cavité et plus près du pédicule est une autre poche contenant un liquide visqueux ; kyste proligère glandulaire. Enfin une troisième petite poche contient un liquide blanc, laiteux.

Les suites opératoires furent excellentes. Réunion par première intention le 8e jour, sortie le 30e jour après l'opération.

Obs. II. — *Kyste dermoïde de l'ovaire droit. — Maladie kystique de l'ovaire gauche. — Ovariotomie. Guérison.*

M... (Zéphirine), âgée de 32 ans. Entrée le 25 novembre 1890. Lit n° 24.

Antécédents héréditaires, nuls ; antécédents personnels : jamais malade, réglée à 19 ans, pas d'enfants, pas de leucorrhée, il y a quatre ans, métrite soignée par des injections, métrorrhagies ; depuis lors, rien de particulier à signaler.

Au mois de juillet dernier, en essayant un corset, elle ressent une vive douleur dans le ventre, pour laquelle elle fait appeler un médecin et celui-ci, en l'examinant, constate la présence d'une grosseur dans le ventre. Elle alla trouver M. Pozzi et celui-ci, soupçonnant une grossesse, lui conseilla d'attendre en venant le voir tous les mois. Depuis ce moment jusqu'au 25 novembre, jour de son entrée, la malade continue à voir ses règles, et celles-ci sont plus abondantes qu'autrefois et durent aussi plus longtemps.

A cause de ces métrorrhagies, M. Pozzi pense à un corps fibreux et attend pour confirmer ou éliminer le diagnostic, de pouvoir faire le cathétérisme. Ce cathétérisme ne donne pas plus de 7 centimètres. On écarte alors le diagnostic de corps fibreux.

Sous le chloroforme, la malade est examinée à nouveau le 25 novembre. L'utérus paraît en rétroversion, sa face antérieure est surmontée d'une tumeur de l'ovaire allant jusqu'à l'ombilic depuis le cul-de-sac antérieur où elle prédomine ; cette tumeur est lisse et a une consistance élastique non fluctuante. Elle est mobile dans le sens transversal et paraît jusqu'à un certain point indépendante de l'utérus, comme si elle ne lui était unie que par un pédicule. On peut, par la pression, l'attirer en haut de manière à dégager tout à fait l'utérus, qui paraît en rétroflexion et en rétroposition. La tumeur peut être portée jusque sous l'hypochondre et même jusque dans la région épigastrique.

Diagnostic : Tumeur solide de l'ovaire, myxo ou hystosarcome, en ce dernier cas à parois très denses, probablement tumeur de l'ovaire droit.

Opération le 29 novembre. Incision médiane de 8 à 9 centimètres allant de deux travers de doigt au-dessus du pubis à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. On tombe aussitôt sur un kyste ; ponctionné il donne issue à un demi-litre d'une matière huileuse qui se coagule très rapidement dans le vase en formant une sorte de gâteau de suif. A moitié vide, la tumeur est extraite et on constate que la trompe, allongée et très vasculaire, est indépendante de la tumeur séparée d'elle par un petit mésentère. Le pédicule long et mince est lié par 2 fils de soie croisée et sectionnée. On recherche ensuite l'autre ovaire que l'on trouve criblé de kystes et augmenté de volume, retenu par quelques adhérences ; il est enlevé ainsi que la trompe et lié par le nœud de Lawson Tait.

Examen des pièces : a l'incision de la poche, on constate que la cavité principale, qui a été ponctionnée, contient encore un magma muqueux et une quantité considérable de poils de couleur châtain clair, implantés sur une des faces de la cavité kystique ; l'autre face libre a un aspect muqueux. Il existe : 1° un autre cavité kystique qui contient une substance gélatineuse comme de la gélatine de Warthon ; 2° une masse de graisse rappelant la boule graisseuse de Bichat ; 3° au-dessous on sent par la palpation une partie osseuse, qui a l'aspect de la partie alvéolaire du maxillaire sur laquelle sont implantées trois dents dont l'une est une grosse molaire et les deux autres ressemblent à des incisives. Enfin dans la paroi du kyste, on sent encore par la palpation une apophyse osseuse, rappelant l'apophyse styloïde.

Suites opératoires excellentes ; réunion par première intention le huitième jour ; guérison complète et sortie de la malade vingt-sept jours après l'opération.

CLINIQUE MÉDICALE

LA SCARLATINE APYRÉTIQUE

Par le Dr CH. FIESSINGER (d'Oyonnax).

De toutes les maladies infectieuses, la scarlatine est celle qui subit les fluctuations de virulence les plus contraires. Redoutable au possible, presque foudroyante dans certains cas, elle apparaît dans d'autres tout à fait modeste d'allures.

C'est de cette forme peu tapageuse que nous parlons aujourd'hui, si insignifiante qu'elle n'alite même pas les malades; l'élément fébrile fait défaut. La scarlatine reste apyrétique.

L'épidémie dont nous avons donné récemment la relation à la *Gazette médicale* (1) nous a permis de relever un certain nombre de cas où la fièvre est restée absente. Et c'est bien de scarlatine qu'il s'agissait; comme nous l'avons vu dans le mémoire que nous venons de citer, la maladie avait été importée de Lyon par un enfant en pleine période de desquamation; l'épidémie était restée bénigne et s'était contentée généralement de formes abortives guérissant en quatre ou cinq jours. Mais la mort rapide d'un enfant atteint de bubons scarlatineux a prouvé que, si faible que fût la virulence du germe pathogène, cette virulence pouvait être récupérée sur un organisme prédisposé.

La scarlatine apyrétique est assez peu connue et plus d'une fois, on a dû l'incorporer dans le groupe des érythèmes non spécifiques. Roger (2) insistait déjà sur cette difficulté : séparer ce qu'il appelait les scarlatinettes des exanthèmes de nature différente; la fièvre ne suffisait pas à distinguer les deux affections; la température de la scarlatinette était souvent fort basse et dans un cas à lui, elle ne dépassa pas 38° (3). Rilliet et Barthez ont été également frappés par l'existence de scarlatines apyrétiques; sur un total de 86 scarlatines (4), ils en ont noté 4 où la fièvre a manqué complètement ou ne s'est montrée qu'au moment de l'éruption Sanné. (5) ne consacre qu'une ligne à la scarlatine apyrétique. « Dans certains cas très bénins, dit-il, la fièvre serait nulle; mais c'est là une anomalie ». Guinon (6), dans le Traité de médecine, se montre plus explicite : « Il est des cas, dit-il, où l'éruption est pâle et éphémère, où la température monte à peine à 38° le jour de l'éruption, puis retombe à la normale aussi longtemps qu'il ne survient pas de complication; l'angine et les modifications de la langue sont très atténuées. Mais il est un signe qui permet de penser à la scarlatine dans les cas douteux : c'est la discordance entre l'accélération remarquable du pouls et l'absence ou la bénignité de la fièvre (Wertheimber (7) ».

Cette description un peu trop schématique n'est pas exacte en tous points : la scarlatine apyrétique peut s'offrir une éruption très riche en couleur; l'angine est très marquée à l'occasion; le pouls n'est pas forcément accéléré. Tous les symptômes locaux de la scarlatine classique sont reproduits plus ou moins fidèlement par la scarlatine apyrétique. Un seul signe est différentiel entre ces deux modalités d'une même affection : l'intensité des phénomènes généraux. Ils sont absolument inconnus à la scarlatine apyrétique. Les malades ne sont pas couchés à l'arrivée du médecin et n'était leur éruption, passeraient souvent pour bien portants.

Nous appelons scarlatine apyrétique une scarlatine qui évolue sans fièvre aucune pendant toute la durée de la maladie (37° à 38°, temp. rect.) ou ne s'accompagne que d'une élévation thermique très légère et essentiellement transitoire (38° à 38° 1/2 temp. rect.)

Nos observations de scarlatine apyrétique ainsi comprise sont au nombre de 11 sur un ensemble de 37 cas que nous avons été appelé à soigner; ce chiffre ne correspond pas à la totalité des scarlatines qui ont régné dans l'endroit; mais le peu de gravité de l'affection a empêché bien des gens de solliciter notre visite; au dire des parents, un bon nombre de ces cas qui n'ont pas nécessité nos soins auraient évolué sans fièvre. Nos 11 malades ont trait à des enfants de 2 à 10 ans; un seul adulte a été atteint; c'est une jeune femme de 23 ans (obs. IV). Nées souvent de scarlatines fébriles mais restées bénignes, nos scarlatines apyrétiques ont à leur tour fait de la contagion; des scarlatines fébriles ont évolué chez les frères et sœurs de ceux qui n'avaient pas de fièvre (obs. I, III, X); ces scarlatines fébriles ont été, dans un cas, compliquées de mal de Bright survenu pendant la convalescence (obs. III). D'autres malades ont pris des angines pseudo-membraneuses à côté d'un scarlatineux apyrétique; (les deux frères du malade IX); d'autres enfin se sont contentés de copier le scarlatineux qui les avait contaminés; ils sont restés apyrétiques comme lui (obs. IV, VII, VIII).

Cette apyrexie, avons-nous dit, peut être complète pendant tout le cours de la maladie. Chez 3 scarlatineux vus dans les vingt-quatre premières heures, le thermomètre introduit dans le rectum n'a jamais atteint 38° (obs. III, IV, VIII). Un autre vu le quatrième jour, en pleine période éruptive et souffrant d'une angine pseudo-membraneuse, est également resté au-dessous de 38° (obs. VI). Enfin dans les quelques cas où ce degré thermique a été dépassé, cela n'a guère été que pour une période de vingt-quatre heures (obs. II : T. maxima, 38°,6; obs. V : T. maxima, 38°7; obs VIII : T. maxima 38°,6; obs. X : T. maxima 38°,4); deux enfants ont présenté la fièvre la plus durable; pendant quarante-huit heures, le thermomètre a oscillé entre 38° et 38°,5 (obs. I, IX). Ces dernières scarlatines se rapprochent déjà beaucoup des scarlaines abortives ordinaires où la fièvre, si éphémère soit-elle, monte à 39 et 40°

La remarque que le pouls est augmenté de fréquence dans la scarlatine apyrétique est en général vraie : avec 37°2 de température, une fillette de 5 ans avait 128 pulsations le premier jour de l'éruption; le troisième jour avec la même température elle n'en donnait plus que 100, (obs. III); une jeune femme de 23 ans, à température normale (37°2) avait 92 pulsations en pleine période éruptive (obs. IV); une fois guérie, son pouls était tombé à 84. Mais cette accélération du pouls n'est pas obligatoire; un gamin de 3 ans n'avait que 104 pulsations en pleine période éruptive; or, c'est là un chiffre normal (obs. VIII). En

(1) *La spontanéité de la scarlatine.* (*Gaz. méd.*, 17 décembre 1892.)
(2) *De la forme légère de la scarlatine*, par Roger.) *Journ. méd. et chirurg. prat.*, 1864, p. 307.
(3) Roger, cité par Picot, art. SCARLATINE, in *Dictionnaire Jaccoud*, t. XXXIII, 1882, p. 518.
(4) Cité dans le *Compendium de médecine*, par Fleury et Monneret, 1846, t. VII, art. SCARLATINE, p. 464.
(5) *Dict. Dechambre*, art. SCARLATINE, par Sanné.
(6) *Traité de médecine*, par Charcot et Bouchard, t. II, p. 56.
(7) *Munch medic. Wochens.*, 1er juillet 1890.

admettant donc que la scarlatine apyrétique s'accompagne d'une certaine fréquence du pouls, nous voyons que cette particularité ne constitue pas une règle absolue, comme l'avait admis Wertheimber. Un enfant qui s'agite à l'arrivée du médecin a un pouls fréquent ; aussi n'avons-nous pris que le pouls des petits malades que notre présence ne semblait pas impressionner.

Les autres symptômes de la scarlatine apyrétique n'offrent rien de caractéristique ; ils évoluent suivant l'ordre de succession attribué à la scarlatine classique.

Un manque d'appétit (obs. II, VII, VIII), des nausées (obs. I), des vomissements (obs. V, X) joints ou non à des maux de tête (obs. I) ont été l'entrée en maladie la plus fréquente. Un enfant se plaint d'une sensation de froid (obs. VIII), un autre de maux de ventre (obs. IX). Chez plusieurs les douleurs à la gorge ont éclaté d'emblée (obs. VI, IX, X, XI) ; l'éruption suit de près. Cette éruption apparue à l'improviste peut constituer le seul signe morbide ; une mère nous amène dans notre cabinet un enfant de 5 ans (obs. III) atteint depuis la nuit d'une éruption scarlatineuse, laquelle ne semblait pas affecter la gaîté du petit malade ; à des cuissons à la figure, une jeune femme de 23 ans (obs. IV) s'aperçoit de l'exanthème scarlatineux qui a envahi la face.

En général, le début de la scarlatine apyrétique n'offre rien de tragique et les enfants après une nuit agitée reprennent immédiatement leurs jeux.

L'éruption est d'aspect variable : peu apparente, transitoire, d'un rose pâle (obs. II, VII, VIII, XI) surtout marquée au dos, aux lombes, aux cuisses, elle peut affecter la forme de placards rouges isolés en certaines régions, la partie inférieure du dos et les genoux, par exemple (obs. IX), le reste du corps demeurant indemne. Dans d'autres cas, l'éruption est, au contraire, généralisée, d'un rouge vif piqueté de points plus foncés (obs. I, III, X), avec, au voisinage du poignet, à la face dorsale des avant-bras, une éruption vésiculeuse d'aspect lactescent (obs. V). Cette dernière forme éruptive s'accompagnait de vives démangeaisons. Pareil prurit a été observé sur d'autres malades, soit en pleine période éruptive (obs. IX), soit plus tardivement, alors que la desquamation commençait à s'opérer (obs. IV, VI, VII). Au lieu du prurit, c'est une sensation de cuisson qu'accusent parfois les malades : telle une jeune femme dont l'exanthème scarlatineux tuméfiait la face (obs. IV).

Si l'éruption revêt des aspects multiples, inégale aussi est sa durée. L'exanthème disparaît d'ordinaire d'autant plus rapidement que son intensité est restée moindre ; une coloration qui s'efface en deux (obs. VIII, IX) et trois jours (obs. II, VII), n'est jamais bien marquée ; elle peut toutefois se prolonger cinq jours sans dépasser le rose clair (obs. XI), de même que plus riche en couleur, elle rétrocède parfois au bout de quatre jours (obs. V, X) ; on la constate néanmoins encore le sixième (obs. VI) et huitième jour (obs. III), et, fait curieux, ce laps de temps de huit jours a été observé sur une scarlatine très rouge et apyrétique dès les premières heures, dans laquelle la température n'a jamais atteint 38°. L'intensité de l'exanthème scarlatineux n'a donc aucun rapport avec le degré thermique.

Moins marquée que sur la peau a été l'action du poison scarlatineux sur la langue ; la langue, d'un rouge écarlate avec saillie des papilles n'a pas été notée ; chez nos malades, elle est restée blanche, rouge à la pointe (obs. I, III, X), avec un enduit saburral déchiqueté par les rougeurs qui empiètent sur ses bords (obs. VII).

La muqueuse de la gorge s'est attribué des lésions plus variées ; l'enanthème et l'angine y ont élu domicile, entraînant des troubles de la déglutition plus ou moins prononcés. Un piqueté rouge vif étendu sur le voile du palais, la luette, les piliers (obs. I, XI), une coloration framboisée par larges plaques répandues sur la luette et les piliers (obs. VI, X), constituent l'enanthème qui, chez un enfant, existait encore le quatrième jour de la maladie (obs. VI).

L'angine se caractérise par la rougeur et la turgescence des amygdales (obs. VII, IX, X), qui se recouvrent volontiers d'un enduit pultacé constitué par des concrétions demi-transparentes, molles, laiteuses (obs. III, V, VII, VIII, IX, X) disparaissant rapidement. Dans un cas nous nous sommes trouvé en face d'une véritable fausse membrane (obs. VI), blanche, épaisse et résistante, siégeant sur chaque amygdale et malgré les badigeonnages de phénol sulforiciné se reproduisant plusieurs jours de suite. La petite malade, qui présentait cette lésion avait en outre des ganglions engorgés le long des sterno-mastoïdiens et ses urines renfermaient de l'albumine. Il faut ajouter que nous n'avons pas vu cette scarlatine les trois premiers jours de la maladie ; de la fièvre pouvait exister au début et avoir disparu à notre première visite ; il empêche qu'il nous a paru intéressant de tenir compte de cette observation où, le quatrième jour, une éruption scarlatineuse généralisée jointe à des dépôts pseudo-membraneux sur les amygdales n'arrivait pas à réaliser la moindre élévation thermique.

La desquamation qui s'opère à la convalescence ne diffère en rien de la desquamation classique ; une de nos malades a toutefois présenté une desquamation farineuse de la face avant la disparition de l'éruption : l'exanthème restait très rouge alors que la peau tombait déjà (obs. IV). D'ordinaire la desquamation ne se montre qu'après l'effacement des rougeurs ; son intensité a été en rapport avec la violence de l'éruption ; et imperceptible quand l'éruption était peu visible (obs. VII, VIII, IX, X), elle s'est effectuée par squames farineuses (obs. IV), ou sous forme de lamelles écailleuses (obs. II, III, V, VI), ou encore par larges lambeaux (obs. I, X), revêtant ces diversités d'aspect dans les cas d'éruption plus colorée. Cette desquamation se prolonge autant que dans la scarlatine ordinaire, variant depuis douze jours (obs. II), aux environs d'un mois (obs. I, III, X).

Inutile de parler du pronostic de la scarlatine apyrétique. Il est constamment favorable. Le traitement est à près nul. Séjour au lit, régime lacté et dans quelques cas badigeonnages de la gorge au phénol sulforiciné au 1/20, c'est tout ce que nous avons prescrit.

(A suivre.)

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

LEÇONS SUR LA PHYSIOLOGIE ET LA PATHOGÉNIE DE LA DESTRUCTION DU SANG,

Par WILLIAM HUNTER,
M. D. Edin., M. R. C. P. Lond., etc.,
Médecin assistant du London Fever Hospital.

Suite (1).

Deuxième leçon

II. — SIÈGES DE L'HÉMOLYSIS.

Dans ma première leçon, j'ai montré que les modifications destructives qui ont lieu dans le sang n'appartiennent pas au processus lent que l'on a invoqué jusqu'ici, mais possèdent, au contraire, un caractère beaucoup plus aigu; que cette hémolysis aiguë se passe, en outre, quotidiennement. Nous avons à considérer maintenant où cette destruction a lieu; se manifeste-t-elle dans la masse du sang ou bien est-elle localisée en des points spéciaux?

Un organe semble de lui-même se présenter immédiatement comme le siège probable de ce processus, et on le considère généralement comme tel, je veux dire le foie. Les pigments biliaires ne sont-ils point formés par le foie, par une dérivation de l'hémoglobine du sang? Le foie n'est-il point le siège d'un dépôt de pigment sanguin, qui peut prendre des proportions considérables dans de certaines maladies, par exemple, l'anémie pernicieuse, où tout donne à penser à une destruction de sang importante? N'est-il pas également, ainsi que l'expérience le prouve, le siège d'un dépôt de pigment quand une destruction de sang a été déterminée expérimentalement? N'est-ce point dans le foie que cette destruction semble avoir lieu le plus probablement?

On peut songer ensuite à la rate, si même on n'y songe point avant le foie. Le pigment sanguin n'est-il pas très fréquemment, en plus ou moins grande quantité, une partie constituante du tissu splénique, et la structure spéciale de cet organe, en même temps que les particularités de sa circulation, ne semble-t-elle pas être spécialement favorable à la destruction des globules dégénérés et la conversion subséquente de leur hémoglobine?

Sur ces points, les observateurs ne s'accordent en aucune façon. Le rôle du foie et de la rate dans l'hémolysis reste une question controversée. Les données nécessaires pour prendre parti dans tel ou tel sens ont manqué jusqu'ici. En ce qui concerne, par exemple, la signification du pigment sanguin à ce point de vue, les plus grandes différences d'opinion existent. Jusqu'à quel point la présence du pigment dans le foie et la rate, soit à l'état sain, soit à l'état morbide, soit à la suite d'expérimentations, prouve-t-elle que ces organes soient le siège d'une destruction antérieure du sang? Dans le cas du foie, cela ne peut-il pas n'être simplement dû qu'à une destruction de l'hémoglobine apportée à cet organe d'autres points de l'économie? Dans le cas de la rate, le pigment ne peut-il pas n'être que le résultat d'extravasations de sang hors des capillaires survenant par suite de la délicatesse du tissu splénique, ainsi que le pense von Witticb; ou encore le résultat d'une fonction spéciale (distincte de l'hemolysis) de cet organe, en vertu de laquelle on y trouve toutes les formes des particules du pigment mis en liberté! Les présentes recherches fournissent des réponses bien définies à toutes ces questions.

(1) V. *Gazette médicale*, n°s 1, 2, 4, 5, et 6, 1893.

DISTRIBUTION DU PIGMENT SANGUIN PARMI LES ORGANES

D'abord j'attirerai votre attention sur certaines particularités dans la distribution du pigment sanguin parmi les trois organes que nous avons vu en être le siège, c'est-à-dire le foie, la rate et la moelle des os. Cette distribution n'est en aucune façon uniforme. Le foie, par exemple, est quelquefois chargé de pigment alors qu'on n'en peut trouver aucune trace dans la rate, tandis que réciproquement la rate peut en contenir une grande quantité, à l'entière exclusion du foie. Voici les variations principales que j'ai notées au cours de mes observations.

1° Après transfusion de sang (expériences de 1 à 16), la rate contient généralement une très grande quantité de pigment sanguin; le foie, au contraire, n'en renferme non seulement relativement, mais encore absolument peu. Le contraste entre les deux organes est très frappant. Plus l'animal se porte bien après la transfusion, plus net est ce contraste. De plus, chez les lapins, le peu de pigment présent dans le foie est toujours sous la forme de granulations ténues renfermées dans les cellules hépatiques, alors que la plus grande proportion du pigment de la rate se présente sous la forme d'amas agglomérés. On ne trouve que peu ou point de pigment dans les capillaires;

2° Pour la moelle des os, les conditions y favorisant la présence du pigment sont ordinairement les mêmes que dans le cas de la rate; les caractères du pigment dans les deux cas sont également semblables (expériences 5, 25 et 27). Dans les deux cas, la quantité en est plus considérable quand la destruction a été lente et graduelle, et l'on n'en peut trouver que peu ou point quand la destruction a été rapide (expériences 42, 44, 46, 47, 48, 55, 61, 65, 74, 76, 77, 83 et 84). Ce n'est que dans comparativement peu de cas qu'on rencontre un excès de pigment dans la moelle des os, quand la destruction a été très rapide (expériences 43, 58, 63 et 75). Un rapport très intime existe ainsi, d'après mes observations, entre la rate et la moelle des os, en ce qui concerne la proportion respective de pigment qu'on peut y trouver. Ce rapport, cependant, n'est point toujours constant. Je n'ai jamais constaté une augmentation de pigment dans la moelle sans une augmentation correspondante, sinon même plus considérable, dans la rate. D'autre part, il m'est arrivé de voir dans la rate un grand excès de pigment alors qu'il n'en existait pas dans la moelle osseuse (exp. 9 et 16 après la transfusion; 86 et 87, après l'injection de substances hémolytiques). L'intimité de ces relations fonctionnelles entre la rate et la moelle des os se manifeste par d'autres voies et beaucoup plus frappantes. Après ablation de la rate, j'ai toujours trouvé dans la moelle des os des modifications structurales extrêmement accusées, se développant avec une très grande rapidité (exp. 64, 68 et 81);

3° Le foie contient quelquefois une grande quantité de pigment alors qu'on n'en peut trouver aucune trace dans la rate. Vous le voyez nettement dans les coupes que vous avez sous les yeux et qui proviennent de cas d'anémie pernicieuse. J'ai traité ailleurs complètement de la grande dis-

proportion du pigment de ces deux organes dans cette dernière affection (1). J'ai montré alors, par les analyses des faits cités, que, tandis que dans l'état sain et dans les autres maladies le pourcentage moyen de fer dans la rate et le foie, est respectivement à 0,171 et 0,083, ce pourcentage étant presque du double dans la rate que dans le foie; il existe dans l'anémie pernicieuse une augmentation sept fois plus considérable de ce pourcentage dans le foie, l'augmentation n'étant que peu ou point sensible dans la rate. Voici quelques analyses : 0,094 pour la rate et 0,614 pour le foie (Stahel); 0,227 pour la rate et 0,518 pour le foie (Rosenstein). Dans l'un de mes cas, j'ai trouvé 0,310 p. 100 de fer dans le foie, tandis que la rate, examinée à l'aide des réactifs chimique n'en donnait qu'à peine une trace. Chez une vieille personne morte de bronchite j'ai trouvé un pourcentage de 0,0924 de fer dans le foie. Une distribution similaire de pigment sanguin entre le foie et la rate peut, d'après moi, être parfois déterminée expérimentalement (exp. 42 et 43) par l'action d'agents hémolytiques. Dans les coupes qui vous sont soumises actuellement, vous pouvez noter la grande quantité de pigment fin dans le foie, localisé aux cellules hépatiques, alors que la rate en est à peu près dépourvue.

DU PIGMENT SANGUIN COMME SIGNE DU SIÈGE DE L'HÉMOLYSIS.

Foie.

Quelle importance devons-nous donc attacher alors à la présence du pigment sanguin dans la rate et dans le foie au point de vue de leur activité respective dans leur fonction hémolytique? La grande quantité de pigment trouvée dans la rate après la transfusion, alors qu'on n'en constate que peu ou point dans le foie, fait-elle supposer que la rate a pour rôle principal de détruire les globules rouges étrangers? La grande quantité de pigment trouvée dans le foie au cours de l'anémie pernicieuse, alors qu'on n'en trouve que peu ou point dans la rate, fait-elle supposer que le foie a été le siège principal de ladite hémolysis?

Je donnai une réponse affirmative à ces deux questions, à la suite de mes premières recherches. Je ne pouvais en effet expliquer autrement les variations remarquables de la distribution du pigment dans les deux cas. Dans une thèse sur ce sujet présentée en 1886 à l'Université d'Edimbourg, j'établis comme résultat de mes investigations, une distinction très nette entre le foie et la rate au point de vue hémolytique. Je conclus que dans le foie, la destruction était effectuée à l'aide de moyens particuliers, par les cellules hépatiques, le principal résultat de la destruction étant constitué par la formation de pigments biliaires et probablement aussi, d'urée (Noël, Platon). Dans la rate, d'autre part, ou, à un moindre degré, dans la moelle des os, l'hémolysis prenait un caractère différent, et se rapprochait davantage de celui qu'on voit autour des extravasations, le résultat principal se trouvant être la réduction de l'hémoglobine en albuminates de fer. J'en arrivai à la conclusion qu'un équilibre parfait existait, à l'état de santé, entre les fonctions hépatiques et les fonctions spléniques, tout trouble dans cet équilibre amenant, quand il relevait du foie, des conséquences beaucoup plus sérieuses que lorsqu'il dépendait de la rate, pour cette raison que le processus destructif dans le foie était d'une nature plus active que dans la rate. Je dis aussi que l'anémie pernicieuse est essentiellement une maladie du foie, due à une activité morbide de cet organe en ce qui concerne l'hémolysis. « Il n'est pas aisé de déterminer la nature de l'action morbide qui amène une telle destruction de globules rouges. Mais ainsi que dans d'autres glandes il existe de temps en temps des manifestations d'une activité pervertie, comme on le voit, par exemple, à des sécrétions excessives ou altérées; de même il y a probabilité que, dans l'anémie pernicieuse, l'énorme destruction des globules dépend de quelque modification en quantité ou en qualité, des sécrétions du foie. On ne pourra avoir une confirmation de ces vues sur la pathogénie de l'anémie pernicieuse qu'après l'examen d'organes variés dans un grand nombre de cas. »

Telle était ma façon de penser sur la signification du pigment sanguin, et en particulier sur l'importance du foie en tant qu'organe hémolytique, au moment où j'ai entrepris ces nouvelles recherches. Il est utile de se la rappeler aujourd'hui quand cela ne serait que pour établir que ces recherches ne lui ont apporté aucune preuve, particulièrement en ce qui concerne le foie. En effet, leurs résultats montrent que la quantité de pigment sanguin dans le foie ou dans la rate ne constitue point un criterium de leur activité relative dans l'hémolysis. Tel est spécialement le cas quand le pigment est situé dans l'intérieur des cellules hépatiques. La présence du pigment dans cette situation n'est guère qu'une preuve que l'hémoglobine a été détruite dans l'intérieur des cellules du foie et n'indique en aucune façon l'endroit où celle-ci a été mise en liberté, soit dans le système circulatoire en général, soit dans tout autre organe, la rate par exemple, ou les capillaires du foie lui-même.

La différence déjà signalée entre le foie et la rate dans les expériences 42 et 43 n'a pas été, à beaucoup près, aussi marquée dans les tissus frais qu'elle l'est actuellement dans les tissus durcis. Dans les deux cas, la rate fraîche traitée par le sulfhydrate d'ammoniaque a révélé une grande quantité de pigment, surtout sous la forme diffuse. Il est donc évident qu'une bonne partie de ce dernier a été perdu par les procédés de durcissement; et je ne pourrai assez insister auprès de vous pour vous faire comprendre que l'activité hémolytique d'un organe ne peut être correctement évaluée par la proportion du pigment sanguin qu'on y trouve après durcissement. Elle ne peut d'ailleurs non plus être évaluée justement par la proportion qu'on y trouve à l'état frais. En effet, dans deux cas d'anémie pernicieuse dans lesquels le foie contenait une très grande quantité de pigment alors que la rate ne donnait que faiblement la réaction du fer, celle-ci était évidemment le siège principal des modifications actives du sang. Elle était considérablement augmentée de volume, présentait une coloration pourpre qui contrastait avec la pâleur complète de tous les autres organes, et contenait une grande quantité d'hémoglobine. Il est donc clair que la présence du pigment sanguin comme indication du siège de l'hémolysis, n'a qu'une importance bien limitée. Les renseignements que l'on peut tirer d'une étude de la distribution du pigment sanguin, ne renferment cependant pas toujours le caractère négatif qui existe pour le foie. Pour la rate et pour la moelle

(1) *The Lancet*, 22 et 29 septembre 1888.

des os. ces renseignements sont plus positifs, ainsi que je vais vous le montrer.

(*A suivre.*)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU TRAITEMENT DES PROLAPSUS DU RECTUM (Indications opératoires), par M. SOULIÉ. — Th. Paris.

Les prolapsus du rectum volumineux et de date ancienne sont justiciables de l'intervention chirurgicale. L'auteur passe en revue les diverses opérations qui ont été recommandées et préconise surtout la recto-coccypexie qu'il aurait vu pratiquer cinq fois par son maître, M. Marchand, sans aucun insuccès.

La recto-coccypexie consiste dans la diminution de longueur du rectum, la fixation en un point très résistant du tissu fibreux précoccygien et le resserrement de l'orifice anal. Elle a pour principal avantage de donner au rectum un point d'appui solide fixe, non extensible, le coccyx; de diminuer dans le sens longitudinal à l'aide de plicatures transversales et d'agir sur lui dans une étendue égale et même supérieure à 12 centimètres ce qui assure la guérison du plus grand nombre de prolapsus; enfin par le rétrécissement de l'anus en bourse, de prévenir la production du petit prolapsus muqueux que l'on voit le plus souvent persister à la suite des autres procédés opératoires.

ÉTUDE SUR LES PSEUDO-COXALGIES DÉPENDANT D'UNE DIFFÉRENCE DE LONGUEUR DE DEUX MEMBRES INFÉRIEURS, par M. MESNARD. — Th. Paris.

On peut avoir l'occasion d'observer chez les enfants une différence de longueur entre les deux membres inférieurs. Si, à la claudication, à la déviation de la colonne vertébrale, à l'inclinaison du bassin s'ajoute une douleur diffuse, on n'est pas éloigné de penser qu'il s'agit d'une coxalgie. Un examen plus approfondi permet de distinguer très facilement ces pseudo-coxalgies de la coxalgie vraie, car il n'existe jamais ni contracture, ni attitude vicieuse caractéristique, ni douleur localisée à la pression, ni adénopathie inguinale.

D'un pronostic bénin, cette pseudo-coxalgie ne demande, en effet, pour guérir qu'un talon supplémentaire destiné à corriger la différence de longueur des deux membres inférieurs.

CH. AMAT.

BULLETIN

Académie des sciences : Altérations histologiques de l'écorce cérébrale dans quelques maladies mentales. — *Académie de médecine :* Le choléra de la banlieue de Paris. — Le choléra dans la ville et l'arrondissement de Dunkerque. — Fracture et suture métallique de la rotule. — Un cas de cholécystectomie idéale. — *Société de chirurgie :* Traitement des kystes hydatiques du foie. — Opération césarienne suivie de succès pour la mère et l'enfant. — Grossesse tubaire; ablation du kyste fœtal, guérison. — *Société médicale des hôpitaux :* Des algies centrales ou psychiques des neurasthéniques. — Tuberculose gommeuse profonde de la langue. — *Société de biologie :* Des injections intra-pulmonaires.

M. Colella a entrepris des recherches histo-pathologiques sur les altérations de l'écorce cérébrale dans quelques maladies mentales, entre autres la paralysie générale avec infection syphilitique, la démence paralytique avec intoxication alcoolique, la psychose alcoolique.

Dans la première de ces affections les altérations histologiques portent surtout, suivant lui, sur les vaisseaux sanguins, sur les cellules névrogliques, sur le protoplasma cellulaire et les prolongements protoplasmiques des éléments nerveux; les prolongements cylindriques ne sont détruits que dans peu d'éléments et seulement plus tard. Les altérations débutent essentiellement dans le réseau vasculaire.

Dans la démence paralytique avec intoxication alcoolique, l'auteur a constaté nettement une hypertrophie des cellules arachniformes et des troubles régressifs de la nutrition dans les prolongements nerveux. Altérations rudimentaires dans les prolongements protoplasmiques; intégrité des vaisseaux sanguins.

Enfin, dans la psychose alcoolique, M. Colella a noté l'existence d'une altération essentiellement parenchymateuse, portant sur les prolongements nerveux, avec participation à peine appréciable des corps ganglionnaires et des ramifications protoplasmiques. Névroglie et vaisseaux sains.

Du rapprochement et de l'examen comparatif des altérations observées dans ces trois ordres de cas, M. Colella tire, au point de vue physiologique, la conclusion générale que les prolongements protoplasmiques ont des rapports intimes avec les cellules névrogliques et avec les vaisseaux sanguins, d'où il suit qu'on doit leur attribuer un rôle dans la nutrition du tissu nerveux.

— A l'Académie de médecine, M. Pronst a terminé la lecture de son travail sur le choléra de 1892. Dans cette seconde partie il a tracé l'historique de l'épidémie de la banlieue de Paris et, comme conclusions pratiques, il a indiqué les mesures prophylactiques à prendre pour éviter le réveil de la maladie au printemps prochain, qui s'avance à grands pas.

Le choléra de la banlieue de Paris, ayant frappé presque exclusivement des individus vivant dans des habitations insalubres, dans des quartiers malsains, ou faisant usage d'eaux plus ou moins impures, plus ou moins contaminées, les mesures à prendre découlent tout naturellement de ces notions et consistent à nettoyer et désinfecter les logements insalubres, à faire disparaître les causes d'insalubrité dans les quartiers malsains, à donner aux populations des eaux potables pures, ou à épurer par tous les moyens possibles les eaux suspectes qu'on ne peut leur remplacer. Enfin, pour éviter la formation de foyers secondaires que peut créer tout cas de choléra, il importe de déclarer immédiatement, et dès le début, les cas qui pourront se produire.

M. Rochard a complété la communication de M. Proust, en ce qui concerne le régime des eaux potables, en faisant savoir que, pour la population parisienne, on aura, à partir du 1er avril, 110.000 mètres cubes d'eau de source de plus, provenant de la dérivation de l'Avre, et que, pour la banlieue nord-est de Paris, les eaux seront désormais prises en amont de Paris, à Choisy-le-Roy sur la Seine, à Nogent et à Neuilly sur la Marne, puis filtrées et épurées avant d'être livrées à la consommation.

Nous ne quitterons pas cette question du choléra sans mentionner une communication de M. Renmaux sur le choléra qui a régné en 1892 dans la ville et dans l'arrondissement de Dunkerque. Pour l'épidémie de la ville on a pu reconnaître

4 sources d'importation : 1° par mer, de Hambourg ou du Havre ; 2° par terre, d'Anvers ; 3° par mer, de Calais ; 4° par les canaux de l'intérieur, en particulier par le canal de Bourbourg. Ici, comme dans l'épidémie de l'asile de Bonneval, le rôle de l'eau a été nul et la maladie s'est propagée par les contacts. Dans l'arrondissement, au contraire, c'est par l'eau qu'a eu lieu la propagation. Ce sont les faits de ce genre, et ils ne laissent pas d'être fréquents, qui justifient les deux ordres de mesures prophylactiques rappelées plus haut par M. Proust : d'un côté déclaration immédiate de tout cas de choléra, désinfection des locaux et objets contaminés, assainissement des logements et quartiers insalubres ; de l'autre, épuration des eaux livrées à la consommation.

— Les fractures de la rotule ont de tout temps exercé la sagacité des chirurgiens et il serait difficile d'énumérer tous les appareils imaginés pour y remédier. L'antisepsie, en permettant des opérations considérées autrefois comme par trop dangereuses et par suite irréalisables, a simplifié la question. C'est ainsi que la suture métallique des fragments, jadis condamnée par presque tous les chirurgiens, tend à devenir d'une pratique courante. C'est du moins celle de M. Lucas-Championnière, qui a appliqué avec succès ce mode de traitement dans plus de 40 cas. Notre confrère a présenté à l'Académie deux de ses opérés : on ne saurait désirer un meilleur résultat. Chez l'un d'eux existait, outre la fracture de la rotule, une fracture du tendon sous-rotulien ; la marche était absolument impossible. M. Lucas-Championnière a passé deux gros fils d'argent dans la tubérosité supérieure du tibia, les a ramenés en anse dans le fragment supérieur de la rotule et a constitué ainsi une sorte de ligament métallique qui remplit les fonctions du tendon fracturé. L'opéré, qui est un manouvrier, a pu reprendre son travail et marche d'une manière satisfaisante.

Dans un cas où, ayant employé un fil d'argent trop faible, ce fil s'était cassé, notre confrère a rouvert l'articulation et remplacé ce fil par un autre plus gros et par suite plus résistant. La réunion, cela va sans dire, doit se faire et se fait par première intention. M. Championnière permet les mouvements et fait rapidement marcher ses opérés. Le séjour indéfini des fil d'argent dans les tissus, les os, les articulations, est d'une innocuité parfaite.

— Au cas de cholécystectomie idéale communiqué récemment à l'Académie par M. Monod, M. Schwartz vient d'en ajouter un autre. Ici encore, l'opération a été faite pour une vésicule distendue par de nombreux calculs. Après l'ablation de cette vésicule, le pédicule lié a été abandonné dans la cavité abdominale ; la plaie extérieure s'est réunie par première intention ; quelques jours après la malade était complètement guérie.

— Le traitement des kystes hydatiques du foie a été l'objet d'une courte discussion à la Société de chirurgie, à la suite d'une communication de M. Felizet. Notre confrère ayant à traiter un enfant de 5 ans atteint de deux kystes assez volumineux du foie, vida l'un d'eux par la ponction et, après avoir retiré environ 300 grammes de liquide, injecta dans la poche une quantité à peu près égale de glycérine au sublimé. Puis, quand il voulut retirer le liquide d'injection, il ne put y réussir, et sentit néanmoins que la poche se vidait. L'enfant fut pris de diarrhée, tomba dans le coma et mourut dans la journée. A l'autopsie, on trouva la poche kystique perforée et vidée ; le liquide avait pénétré, par la perforation, dans le péritoine, d'où les accidents rapidement mortels.

M. Verneuil rappelle un cas semblable qu'il a observé chez une femme, morte quarante-huit heures après la ponction du kyste et l'injection d'une assez grande quantité de solution phéniquée.

Suivant M. Bouilly on peut éviter ces distensions du kyste et les ruptures qui en sont la conséquence en injectant, quelle que soit la contenance de la poche, une très faible quantité de liquide antiseptique, 10 grammes, par exemple, de liqueur de Van Swieten. Dans le cas de M. Félizet, on eût probablement évité les accidents en limitant l'injection à 3 ou 4 grammes de liquide.

M. Monod a observé et communiquera un fait qui vient à l'appui de la pratique recommandée par M. Bouilly.

La ponction, outre le danger qui ressort de l'observation de M. Félizet, mais qui peut être, comme on le voit, considérablement atténuée sinon annihilée, présenterait, suivant M. Terrier, l'inconvénient de ne pas éclairer sur le nombre des poches qui peuvent exister ; aussi lui préfère-t-il d'une manière générale, les procédés chirurgicaux.

Les opinions restent donc partagées entre la ponction et l'intervention chirurgicale. Si, en l'absence de toute pratique et, par suite, de toute compétence personnelle, on s'entient aux raisons invoquées de part et d'autre, on est disposé à donner la préférence à la ponction qui, avec les précautions indiquées par M. Bouilly, paraît sans danger. Si, plus tard, on reconnaît qu'il y a plusieurs poches ou si, comme l'a observé M. Verneuil, l'épanchement se reproduit, on a le temps de recourir à l'intervention chirurgicale.

— M. Picqué, chez une femme de 37 ans, arrivée au huitième mois et demi d'une grossesse et portant une tumeur fibreuse de l'utérus qui devait rendre l'accouchement difficile sinon impossible, a pratiqué l'opération césarienne, dont les suites ont été heureuses pour la mère et pour l'enfant. Quant au fibrome, qui était implanté sur la corne droite de l'utérus, et qui remplissait la totalité de la cavité pelvienne, le chirurgien l'a laissé. Dans un cas à peu près semblable, dont il donnera plus tard la relation, M. Bouilly, avant de refermer l'abdomen, a enlevé les annexes, dans le but d'arrêter les progrès du fibrome.

— M. Monprofit, d'Angers, a eu aussi à pratiquer la laparotomie, non pour une grossesse normale compliquée de tumeur utérine, mais pour une grossesse tubaire. Le kyste fœtal, bien circonscrit, présentait de nombreuses adhérences avec les anses intestinales. M. Monprofit a dû l'ouvrir, extraire le fœtus et enlever la poche par morceaux. Les suites de l'opération ont été régulières ; la malade a parfaitement guéri.

— Sous le nom de *topoalgies*, M. Blocq a décrit des manifestations de la neurasthénie sous forme de douleurs fixes et rebelles, n'ayant dans leur localisation aucun rapport avec une région anatomiquement ou physiologiquement déterminée. Nous observons fréquemment de ces cas à Néris, et avant que le mot neurasthénie ne fût créé, nous les désignions sous le nom de *névropathies*, les unes essentielles ou idiopathiques, les autres symptomatiques.

Au mot nouveau de topoalgie M. Huchard préfère la désignation d'algie centrale ou psychique, qui indique la nature réelle des douleurs et encore comme la douleur n'a pas le caractère des névralgies, il renoncerait volontiers au mot *algie* et s'en tiendrait définitivement à l'expression de *neurasthénie locale*.

Quoi qu'il en soit des mots, les phénomènes névropathiques ou douloureux existent et ils ont fréquemment pour siége le bassin chez la femme, donnant lieu à ce qu'on a appelé les grandes névralgies pelviennes. M. Huchard s'élève avec raison contre le traitement chirurgical de ces névralgies et nous avons déjà nous-même en mainte occasion défendu le même ordre d'idées, car nous avons vu nombre de cas où, après des laparotomies, des ovariotomies uni ou bilatérales, des hystérectomies, et toutes sortes d'opérations plus ou moins graves, les douleurs pelviennes persistaient ou reparaissaient au même degré qu'auparavant. Faut-il, avec M. Huchard, conclure à leur incurabilité ? C'est peut-être bien pessimiste. On doit reconnaître, en effet, que si la thérapeutique est trop souvent impuissante, les progrès de l'âge joints à une bonne hygiène, apportent parfois une grande amélioration dans les souffrances des malades.

M. Huchard, comme traitement, vise surtout à fortifier et à calmer.

Pour remplir la première indication, outre les moyens thérapeutiques et hygiéniques ordinaires, il conseille les injections sous-cutanées, à la dose de 5 à 10 gr., d'une préparation (sérum artificiel) contenant, pour 100 grammes d'eau stérilisée, 5 grammes de chlorure de sodium, 10 grammes de phosphate de soude, 2 gr. 50 de sulfate de soude et 0 gr. 50 d'acide phénique neigeux.

Nous avons employé nous-même une semblable préparation dont nous tenions la formule de M. Cheron, et nous avons poussé la dose, en injections sous-cutanées dans la région trochantérienne, jusqu'à 20, 30 et 40 grammes. Plusieurs malades s'en sont parfaitement trouvées.

Si l'anémie domine, M. Huchard fait chaque jour une injection sous-cutanée d'une solution de 1 gramme d'hémoglobine au dixième.

Enfin, pour calmer les douleurs, notre confrère emploie les pulvérisations de chlorure de méthyle souvent répétées le long de la colonne vertébrale et la faradisation *loco dolenti*.

M. Huchard ne dit rien du traitement hydrominéral. Une longue pratique nous permet d'affirmer que l'action sédative des eaux minérales indéterminées trouve une heureuse application dans le traitement de ces neurasthénies locales.

— M. Chauffard a présenté à la Société médicale des hôpitaux un malade, d'aspect cachectique, offrant une ulcération au niveau du tiers antérieur de la langue; plus en arrière, une induration du parenchyme lingual ; à la commissure labiale gauche une petite ulcération grisâtre ; à l'angle de la mâchoire, du même côté, un petit ganglion gros comme un haricot et légèrement douloureux. Le malade ayant eu autrefois des accidents spécifiques et étant actuellement tuberculeux, le diagnostic différentiel des lésions qui précèdent ne laissait pas de présenter quelques difficultés. Un traitement spécifique à haute dose non seulement n'a pas amélioré, mais semble même avoir aggravé ces lésions. Elles sont donc de nature tuberculeuse. Quelques autres caractères les distinguent des lésions syphilitiques, par exemple la présence de crevasses grisâtres, déchiquetées, sanieuses, l'existence d'une adénopathie et celle d'un semis de granulations miliaires jaunâtres sur la muqueuse linguale. Le traitement, en pareil cas, ne peut être que palliatif.

— Les expériences de Claude Bernard ont démontré la tolérance du poumon pour les liquides et la facilité avec laquelle ceux-ci sont éliminés. De là, l'indication toute naturelle de l'emploi en thérapeutique, des injections intra-pulmonaires. Ce mode de traitement a été essayé à différentes reprises ; il vient d'être l'objet de nouvelles expériences de la part de M. de La Jarrige.

Notre honorable confrère associe, pour ces injections, le menthol et la créosote (huile d'olive stérilisée 100 gr. ; menthol 10 gr.; créosote de hêtre 5 gr.; dose variant de 5 à 20 cc.) Voici la technique opératoire qui est des plus simples : « 1° un miroir frontal pour éclairer le fond de la bouche ; 2° un petit miroir laryngien que l'on place dans la zone éclairée et qui donne l'image de l'épiglotte et de la glotte ; 3° une seringue d'une capacité variant de 5 à 20 cc., terminée par une canule longue et recourbée ; 4° une lampe et une bougie.

« Le malade ouvre la bouche aussi grande qu'il le peut et tient le bout de sa langue avec deux doigts, puis la lampe étant placée derrière le malade, on dirige la lumière vers le pharynx avec le miroir frontal, et l'on place le petit miroir laryngien dans la zone lumineuse. Ce dernier, qui est tenu de la main gauche, reflète l'image de la glotte ; il suffit alors d'introduire dans l'ouverture ainsi perçue le bout de la seringue qui est tenu par la main droite, en ayant soin d'exercer un mouvement de bascule de bas en haut, afin que la canule dépasse les premiers anneaux de la trachée. On peut à volonté introduire le liquide dans la branche droite ou gauche suivant l'inclinaison que l'on donne soit au malade, soit à la seringue. »

D'après l'auteur, les bronchites catarrhales non spécifiques ne résistent pas à 20 ou 30 injections. Il compte aussi à l'actif de la méthode de nombreuses améliorations et quelques cas de guérison dans la tuberculose pulmonaire. Ces premiers résultats sont donc fort encourageants.

Dr F. de Ranse.

NOTES ET INFORMATIONS

Comité consultatif d'hygiène. *Séance du 27 février.* — M. Henri Monod rend compte de la situation sanitaire à l'intérieur :

Une épidémie de scarlatine s'était montrée à l'école professionnelle de Bar-sur-Seine (Aube). L'école a été licenciée et est restée fermée deux mois. Les locaux ont été désinfectés au moyen de fumigations à l'acide sulfureux et pulvérisations au sublimé. Il faudrait savoir d'une manière minutieuse comment ces fumigations et pulvérisations ont été faites.

Ce qui est certain, c'est que la maladie a reparu avec la rentrée des élèves. Le maire demande avec raison l'envoi d'une étuve où devront passer les objets de literie, pour lesquels les mesures prises se sont montrées insuffisantes. Une des étuves de l'administration sanitaire a été envoyée à Bar.

Voici la situation de l'épidémie de variole qui a sévi dans la Corrèze, au 18 février : 935 cas ; 128 décès ; 5.530 personnes revaccinées ; 17.100 personnes vaccinées pour la première fois depuis l'apparition de l'épidémie.

Quelques nouveaux cas de fièvre typhoïde se sont produits dans la commune de Silfiac (Morbihan). Le dossier de cette affaire est renvoyé à M. le Dr Thoinot.

A Versailles, la fièvre typhoïde s'est montrée dans les prisons. Le lycée de jeunes filles, voisin de l'une des prisons, a été licencié. On a installé dans les prisons des filtres Chamberland. La literie et les vêtements ont été passés à l'étuve.

NOUVELLES

Nécrologie. — M. Ball.

Le professeur Benjamin Ball vient de succomber à Paris, le 23 février dernier, à la longue maladie qui le minait. Né à Naples, le 20 avril 1833, il résidait en Suisse, lorsque ses parents l'envoyèrent en France pour y faire ses études médicales et ce fut notre confrère le Dr Boutin, de Beauregard, dont une partie de la famille était de ce pays, qui fut chargé de diriger le Dr Ball ; ce dernier ne tarda pas à suivre la voie des concours. Externe des hôpitaux en 1854, interne en 1855, docteur en médecine en 1862, chef de clinique adjoint en 1863, agrégé en 1866, médecin des hôpitaux en 1870, il était nommé professeur de la Faculté en 1877 et la chaire de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale, devenue clinique des maladies mentales, a été créée par lui. Nous l'avons connu, professeur brillant, retenant sous le charme de sa parole, les auditeurs nombreux qui suivaient ses cliniques. Travailleur des plus laborieux il savait beaucoup et répondait aisément à l'improviste, aux questions qu'on lui posait. Sa vie et ses travaux méritent un examen et un éloge académique que ses collègues compétents ne manqueront pas de lui consacrer. Nous devons nous borner à citer ici ses principaux ouvrages : *Des embolies pulmonaires*, (thèse 1862) ; *Du rhumatisme viscéral*, (thèse d'agrégation 1866) *Sur la mort subite et la mort rapide*, à la suite de l'obturation de l'artère pulmonaire par des caillots sangoins (en collaboration avec M. Charcot, 1858) ; *Des arthropathies* liées à l'ataxie locomotrice progressive (1868-1879) ; *De la paralysie infantile*, (1872) ; *Des tumeurs cercorales* (1874) ; *L'aliéné devant les tribunaux* (1882) ; *La morphinomanie* (1885) ; *De la folie gémellaire* (1885) La plupart de ses autres leçons, et de ses rapports médicaux, mériteraient d'être réunis en volumes, et c'est un hommage reconnaissant que ses élèves devraient lui rendre. M. Ball était membre de l'Académie de médecine depuis 1883.

Dr A. Dureau.

— L'abondance des matières ne nous a pas permis, dans notre dernier numéro, de rendre un dernier hommage à la mémoire d'un jeune étudiant, M. Mariotte, qui, victime du devoir professionnel, a succombé à la diphthérie contractée à l'hôpital de Lariboisière. Sur une décision du Conseil municipal, à laquelle on ne saurait trop applaudir, ses obsèques ont eu lieu aux frais de la Ville de Paris.

Faculté de médecine de Paris. — Prix décernés pour l'année 1892. — *Legs Trémont.* — Ce legs, d'une valeur de 1.000 fr. a été partagé entre deux étudiants également méritants et remplissant les conditions du legs.

Prix Barbier. — Sur le montant du prix, il est accordé, à titre d'encouragement : 1° 300 fr. à MM. les Drs Langlois et Launay ; 2° 300 fr. à M. le Dr de Pezzer ; 3° 300 fr. à M. Mergier ; 4° 100 fr. à M. le Dr Marage.

La somme de 1.000 fr., reliquat du prix, a été attribuée à la Bibliothèque de la Faculté.

Prix Chatauvillard. — Le prix est partagé ainsi qu'il suit : 1° 900 fr. à M. le Dr Duroziez pour son *Traité des maladies de cœur* ; 2° 800 fr. à MM. les Drs Blocq et Onanoff pour leur ouvrage ayant pour titre : *Semeiologie et diagnostic des maladies nerveuses* ; 3° 300 fr. à M. le Dr Poulalion pour son travail intitulé : *Les pierres du poumon, de la plèvre et des bronches.*

Prix Corvisart. — Le prix n'est pas décerné.

Prix Montyon. — Le prix n'est pas décerné.

Prix Jeunesse (Hygiène). — Le prix est décerné à M. le Dr Bordas pour son *Étude sur la putréfaction.*

Prix Lacaze (Phtisie). — Le prix est décerné à M. le Dr H. Martin pour l'ensemble de ses travaux sur la *tuberculose.*

Thèses récompensées pour l'année 1892. — *Médailles d'argent.* — MM. Achalme, Buscarlet, Chabrié, Charrier, Drouin, Faidherbe Fanre-Miller, Rochon-Duvigneaux, Thiroloix.

Médailles de bronze. — MM. Bertillon, Bezançon, Boëtan, Bonnemaison, Castera, Critzman, Desforges, Faure (J.-L.), Laffitte, Létienne, Macaigne, Meurisse, Noguès, Oustaniol, Pachon, Pilliet, Rousseau-Dumarcet, Sanvineau, Vassal, Vibert.

Mentions honorables. — MM. Adler, Aldibert, Anglade, Béchet, Berbez, de Bourgon, Bruneau, Chevalet, de Grandmaison, Hallion, Lallier, Mlle Landais, MM. Malbec, Mussy, Poulain, Quignard, Rahon, Renoul, Répin.

— Par arrêté du 10 février, M. Bar, agrégé, est chargé, en 1893, d'un cours de clinique d'accouchements, pour les élèves sages-femmes. — M. Appert (René-Marius), docteur en médecine est nommé chef des travaux d'anatomie pathologique du laboratoire de clinique médicale (hôpital Necker.)

Facultés et écoles des départements. — *Faculté de médecine de Toulouse.* — M. Thévenin est nommé, pour l'année scolaire 1892-1893, préparateur de thérapeutique.

Faculté de médecine de Lille. — Un concours sera ouvert, le 3 juillet 1894, devant la Faculté de médecine de Lille pour l'emploi de suppléant de la chaire d'histoire naturelle à l'Ecole de médecine d'Amiens.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture du dit concours.

— L'Assemblée générale de la Faculté de médecine de Lille, dans sa séance du 16 février, a dressé sa liste de présentations pour les fonctions de doyen.

Elle a présenté :

En 1re ligne, M. le Dr F. de Lapersonne, professeur de clinique ophthalmologique ;

En 2e ligne, M. le Dr H. Lescœur, professeur de chimie minérale et toxicologie.

Le Conseil général des Facultés, dans sa séance du 18 février, a à son tour dressé sa liste de présentations, qui est la même que celle de la Faculté de médecine.

Faculté de médecine de Montpellier. — Un concours s'ouvrira le 3 juillet 1893, devant la Faculté de médecine de Montpellier, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales à l'Ecole de médecine d'Alger.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture du dit concours.

— Par arrêté du 16 février, M. Bosc, Frédéric-Hippolyte-Jean, chef de clinique médicale est institué, pour trois ans, chef de clinique des maladies mentales.

Ecole de médecine d'Alger. — Par arrêté du 10 février, M. Soulié est prorogé pour deux ans, à dater du 17 juillet 1893, dans ses fonctions de suppléant de la chaire d'histoire naturelle. M. Des hayes est prorogé pour deux ans, à partir du 1er novembre 1893, dans ses fonctions de chef des travaux anatomiques.

Ecole du service de santé militaire. — Le concours d'admission à l'Ecole du service de santé militaire aura lieu le 21 juillet. Les épreuves écrites se feront simultanément dans toutes les villes possédant une Faculté ou une Ecole de médecine. Les épreuves orales seront passées dans les diverses localités aux dates suivantes : Paris (Val-de-Grâce), 21 août ; Lille, 25 août : Nancy, 29 août ; Lyon (Ecole de santé), 2 septembre ; Montpellier, 8 septembre ; Toulouse, 11 septembre ; Bordeaux, 15 septembre ; Rennes, 20 septembre.

Corps de santé militaire. — Conformément à l'article 4 de la loi du 14 décembre 1888, un concours s'ouvrira le 18 décembre 1893, à 8 heures du matin, à l'École d'application de médecine et de pharmacie militaire, pour l'admission de docteurs en médecine et de pharmaciens diplômés de 1re classe civils, aux emplois de médecins et de pharmacien stagiaires. (S'adresser pour les renseignements et conditions du concours, à la direction du service de santé à Paris.)

Corps de santé des colonies. — Par décret en date du 23 février 1893, ont été promus et nommés dans le corps de santé des colonies : au grade de médecin de 1re classe, M. Cordier (Paul-Joseph), médecin de 2e classe ; au grade de médecin de 2e classe, les médecins auxiliaires de 2e classe de la marine : MM. Pon mayrac (Alphonse-Marie-Marcelin), Lairac (Georges-Edouard).

Noms de médecins donnés à des rues de Paris. — Le Conseil municipal de Paris, ayant à s'occuper de la dénomination de certaines rues, a donné le nom de rue Charles Robin à une rue voisine de l'hôpital Saint-Louis, les noms de Vulpian et de Wurtz à deux rues situées derrière la Pitié.

— Le banquet offert à M. le Dr Dujardin-Beaumetz par ses élèves et ses amis à l'occasion de sa promotion dans la Légion d'honneur, aura lieu le lundi 13 mars à l'hôpital Continental.

Les cotisations et adhésions sont reçues chez M. O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Association médicale mutuelle. — La sixième assemblée générale de l'Association médicale mutuelle a eu lieu dimanche 19 février, à 2 h. 1/2, au grand amphithéâtre de la Faculté de médecine.

L'Association compte aujourd'hui 230 sociétaires. Il y a eu cette année 39 nouvelles adhésions. Il n'a été enregistré que 697 jours de maladie.

L'avoir de l'Association, au 31 décembre 1892, est de 81.185 fr. 25.

Cette Association continue donc sa marche prospère, et l'année qui vient de s'écouler confirme, une fois de plus, l'exactitude des prévisions de ses fondateurs.

La Société contre l'abus du tabac, vient d'ouvrir un nouveau concours. Voici les questions qui intéressent nos lecteurs :

N° 1. — *Prix de médecine.* — Rapporter au moins quatre observations inédites, bien circonstanciées (étiologie, symptomatologie, terminaison, etc.) d'affections exclusivement attribuables à l'abus du tabac. Le prix consistera en un lot de livres d'une valeur de 200 francs environ.

N° 2. — *Prix du Dr Grubry : 100 francs.* — Dans l'intérêt des fumeurs incommodés par le tabac et qui disent ne pouvoir vaincre leur passion, faire connaître un moyen pratique et peu coûteux de détruire le plus possible les principes délétères de la fumée du tabac.

Le programme détaillé du concours sera envoyé gratuitement aux personnes qui en feront la demande au président, 20 bis, rue Saint-Benoît, Paris.

Société protectrice de l'enfance. — L'Assemblée générale de la Société aura lieu dans le Grand Amphithéâtre de la Sorbonne, rue de la Sorbonne, 15, le dimanche 5 mars 1893, à 2 heures précises, sous la présidence d'honneur de M. le Dr Xavier Gouraud, médecin de l'hôpital Cochin.

Ordre du jour. — 1° Discours de M. le Dr Xavier Gouraud;

2° Compte rendu moral et financier, par le Dr Blache;

3° Rapport sur les récompenses décernées aux médecins-inspecteurs, par M. le Dr Sanné;

4° Rapport sur les récompenses accordées aux mères-nourrices, par M. Carlier.

Chemin de fer d'Orléans (1893). — *Fêtes de Pâques à Madrid.* — A l'occasion des cérémonies de la semaine sainte et des fêtes de Pâques, la Compagnie d'Orléans, d'accord avec les Compagnies du midi de la France et du nord de l'Espagne, délivrera du 22 mars au 1er avril 1893, au départ des gares de Paris, Orléans, Le Mans, Tours, Poitiers, Saincaize, Bourges, Châteauroux, Moulins (Allier), Gannat, Montluçon, Limoges et Clermont-Ferrand, des billets aller et retour de 1re classe pour Madrid, au prix réduit et uniforme de 200 francs, avec faculté d'arrêt : en France, à Bordeaux, à Bayonne et à Hendaye ; et, en Espagne, à tous les points du parcours.

Ces billets seront valables pendant 20 jours et donneront aux voyageurs la faculté de prendre les trains de luxe Sud-Express, à la condition de payer, en outre du prix ci-dessus, le supplément complet, c'est-à-dire 50 0/0 du prix des billets à plein tarif.

Chemin de fer d'Orléans (1893). — *Semaine sainte à Séville. Foire de Séville.* — A l'occasion des cérémonies de la semaine sainte, du 26 mars au 1er avril, et de la foire et des fêtes qui auront lieu à Séville, du 18 au 22 avril, la Compagnie d'Orléans, d'accord avec la Compagnie du midi de la France et les Compagnies espagnoles, délivrera, du 17 mars au 16 avril inclus, au départ de Paris, Orléans, le Mans, Tours, Poitiers, Saincaize, Bourges, Châteauroux, Moulins (Allier), Gannat, Montluçon, Limoges et Clermont-Ferrand, ainsi qu'aux gares et stations intermédiaires, des billets aller et retour de première classe pour Séville, au prix réduit et uniforme de 250 francs, par place, avec faculté d'arrêt à divers points du parcours.

Ces billets seront valables jusqu'au 5 mai inclusivement et donneront aux voyageurs la faculté de prendre les trains de luxe « Sud-Express » jusqu'à Madrid, à la condition de payer en outre du prix ci-dessus le supplément complet, c'est-à-dire 50 0/0 du prix des billets à plein tarif.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon, Paris.

Manuel théorique, instrumental et pratique d'électrologie médicale, par G. Trouvé, ingénieur. Un vol. in-18 cartonné, de 788 pages, avec 273 figures dans le texte. — Prix : 8 francs.

Guide du vélocipédiste pour l'entraînement, la course et le tourisme, deuxième édition de l'Hygiène du vélocipédiste. Un volume cartonné, fers spéciaux, de 400 pages et 42 figures. — Prix : 4 fr.

Guide de thérapeutique générale et spéciale, par MM. Auvard, accoucheur des hôpitaux de Paris; Brocq, médecin des hôpitaux; Chaput, chirurgien des hôpitaux, Delpeuch, médecin des hôpitaux; Desnos, ancien interne des hôpitaux; Lubet-Barbon, ancien interne des hôpitaux; Trousseau, oculiste des Quinze-Vingts. *Directeur de la publication* : A. Auvard. Un volume in-16 carré de 700 pages, relié maroquin, tranches peigne. Prix : 8 francs.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU 19 AU 25 FÉVRIER 1893

Fièvre typhoïde, 11. — Variole, 1. — Rougeole, 9. — Scarlatine, 0. — Coqueluche, 14. — Diphtérie, croup, 25. — Affections cholériformes, 0. — Phtisie pulmonaire, 195. — Autres tuberculoses, 34. — Tumeurs cancéreuses et autres, 58. — Méningite, 23. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 32. — Paralysie, 8. — Ramollissement cérébral, 14. — Maladies organiques du cœur, 71. — Bronchite aiguë et chronique, 55. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 103. — Gastro-entérite des enfants : Sein, biberon et autres, 38. — Fièvre et péritonite puerpérales, 5. — Autres affections puerpérales, 1. — Débilité congénitale et vices de conformation, 38. — Sénilité, 29. — Suicides et autres morts violentes, 28. — Autres causes de mort, 159. — Causes inconnues, 10. — Total : 995.

Le Rédacteur en chef et gérant : F. de Ranse.

Paris. — Typ. A. Davy, 52, rue Madame. — *Téléphone.*

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Rédacteur en chef : **M. le Dr F. DE RANSE**

Comité de Rédaction : **MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN J. ARNOULD (de Lille), P. FABRE (de Commentry), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon)**

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, avenue Montaigne (Rond-Point des Champs-Élysées)

CLINIQUE MÉDICALE

LA SCARLATINE APYRÉTIQUE

Par le Dr Ch. Fiessinger (d'Oyonnax).

(Suite et fin) (1).

Le diagnostic devient singulièrement épineux si l'on veut distinguer la scarlatine apyrétique des érythèmes scarlatinoïdes. « Toujours, dit M. Cadet de Gassicourt (2), l'examen de la température m'a permis de sortir du doute ou d'éviter une erreur ; tandis qu'un exanthème scarlatineux intense est toujours accompagné d'une fièvre vive et que la fièvre n'est modérée que si l'exanthème est léger, dans l'érythème scarlatiniforme, au contraire, la fièvre est toujours modérée ou nulle, quelle que soit l'intensité de l'éruption. » Ces paroles de l'éminent médecin parisien ne s'accordent pas absolument avec les faits sans doute exceptionnels que nous venons de rapporter. Dans la scarlatine apyrétique, avons nous vu, la fièvre peut manquer bien que l'éruption soit très marquée. Dans les cas analogues, l'examen de la température ne sera donc pas suffisant pour poser le diagnostic différentiel avec les érythèmes scarlatinoïdes. Ainsi que nous l'avons dit au début de ce mémoire, Roger avait déjà émis une opinion semblable.

Les autres caractères dont on s'est servi pour élever une barrière entre la scarlatine et les érythèmes scarlatinoïdes ne sont pas à l'abri de toute critique.

Dans un remarquable mémoire M. Besnier (3) a rapporté plus spécialement aux érythèmes scarlatiniformes la simultanéité de l'éruption et de la desquamation. Cette simultanéité existe également dans la scarlatine, comme l'écrit M. Cadet de Gassicourt (4) et comme en témoigne notre malade IV atteint de scarlatine apyrétique.

Plus importants sont les attributs suivants familiers aux érythèmes : les conditions étiologiques non spécifiques, la durée variable et prolongée, la non contagiosité, les caractères récidivants (Besnier).

Il est vrai que ces caractères tracent en général une ligne de démarcation nette entre les deux affections ; et cependant quelques objections surgissent.

Une maladie dont la contagion est souvent, comme celle de la scarlatine, le fait d'une tierce personne, une maladie dont l'existence est, comme la scarlatine, endémique dans les grands centres, comment reconnaître si elle relève de conditions étiologiques spécifiques ? En présence d'un érythème scarlatiniforme observé dans la ville, on ne pourra affirmer qu'il ne s'agit pas d'une scarlatine anormale dont l'origine nous échappe.

Et puis nous nous permettrons une autre objection, mais celle-là seulement sous forme d'hypothèse. Nous voyons que la scarlatine perd singulièrement de ses allures classiques dans la scarlatine apyrétique; néanmoins elle reste contagieuse et sa durée ne dépasse pas quelques jours, ce qui la distingue des érythèmes. Cette scarlatine apyrétique est-elle le dernier échelon auquel puisse descendre la virulence du germe pathogène? N'existe-il pas d'autres échelons enfouis plus bas et dont le déblaiement mettra à jour des scarlatines tellement peu spécifiques que le diagnostic avec les érythèmes scarlatinoïdes deviendra illusoire ?

Non contagieuses et récidivantes se montrent en général les infections peu spécifiques; mais dépouillée de sa spécificité classique, il n'est pas impossible que la scarlatine apparaisse sous cet aspect-là. Le streptocoque rencontré dans la scarlatine semble le même que celui qui fait les scarlatinoïdes de la puerpéralité, de la septicémie, de la diphtérie ; il est encore analogue au streptocoque qui commande les érythèmes infectieux primitifs (1). Pourquoi ce streptocoque à un très haut degré de virulence ne serait-il pas capable de réaliser une scarlatine classique devenue spécifique à force de virulence ? Nous savons que l'acquisition de propriétés virulentes crée aux maladies médiocrement spécifiques comme un titre de noblesse qui les rapproche des maladies spécifiques. La pneumonie devient contagieuse (2), la grippe endémique prend les allures tapageuses de l'influenza (3); la virulence exagérée donne l'illusion d'une spécificité réelle.

En serait-il de même de la scarlatine? Dire que le streptocoque scarlatineux est un agent d'infection secondaire ne signifie pas forcément que ce streptocoque ne puisse faire

(1) Voir la *Gazette médicale*, n° 9, 1893.
(2) *Traité clinique des maladies de l'enfance*, 2e édit., 1877. t. II, p. 437.
(3) *Pathogénie des érythèmes*. (*Annales dermatologie*, janvier 1890.)
(4) *Loc. citat.* t. II, p. 439.

(1) Hutinel. *Erythèmes infectieux primitifs*, analysé in *Bulletin médical* 16 novembre 1892.
(2) *La pneumonie à Oyonnax*, par le Dr Fiessinger (Paris, Doin 1890, p. 63.)
(3) *Note sur l'étiologie de la grippe*, par le même. (*Revue de méd.* sept. 1892.)

de la maladie primitive. Peu virulent, il profitera du concours d'une maladie infectieuse pour risquer une scarlatinoïde secondaire; plus virulent, il opérera pour son propre compte et fera de la scarlatine vraie.

Quoi qu'il en soit, du mémoire actuel nous croyons pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1° Il existe une forme de scarlatine où la fièvre peut faire entièrement défaut (au-dessous de 38°,t. rect.) ou bien n'atteint qu'un chiffre peu élevé et cela d'une façon essentiellement transitoire (t. rect. 38° à 38° 1/2).

2° Cette scarlatine s'observe dans la même épidémie à côté de formes graves et pyrétiques; elle est contagieuse et peut donner naissance à des scarlatines ordinaires compliquées de mal de Bright ou encore à des scarlatines frustes sous forme d'angines pseudo-membraneuses.

3° Aucun signe local ne différencie la scarlatine apyrétique de la scarlatine ordinaire; l'angine, l'éruption, la desquamation sont les mêmes par leur aspect et leur durée; l'état de la langue est, au contraire, peu modifié; nous n'avons pas observé la langue framboisée hérissée de papilles si particulière à la scarlatine ordinaire.

4° Le pouls n'est pas toujours accéléré dans la scarlatine apyrétique.

5° Ce qui caractérise la scarlatine apyrétique, c'est l'absence de phénomènes généraux. Sauf les nuits qui sont parfois agitées, les malades ne semblent pas souffrants et les enfants restent gais.

6° Le diagnostic avec certains érythèmes scarlatinoïdes est fort difficile; il est à se demander si le même germe, infectieux à des degrés différents de virulence, ne produit pas à la fois ces érythèmes et la scarlatine classique.

OBSERVATIONS

Observation I. — G... (Hug.), 9 ans, le 9 octobre 1892 a des nausées et des maux de gorge. Le 12 octobre, l'enfant est levé à notre arrivée; exanthème scarlatineux d'un rouge vif, plus marqué aux fesses et à la poitrine. L'examen de la gorge révèle un piqueté rouge sur le voile du palais, la luette et les piliers. La langue est couverte d'un enduit blanchâtre. T. m. (rect.), 38°,2; s., 38°,2. Le 13, T. m., 38°,3; s., 37°,5. Le 14, T. m., 37°,7. L'éruption ternit. La desquamation s'effectue par larges lambeaux plus étendus aux mains et aux pieds; elle se prolonge pendant près d'un mois. Pendant la convalescence, cet enfant communique la scarlatine à la malade IV et à sa petite sœur âgée de 3 ans 1/2.

Obs. II. — J... (Victoire), 2 ans 1/2, le 14 octobre 1892, manque d'appétit, est agitée, et présente un exanthème scarlatineux rosé sur le dos et les fesses; cette éruption diminue d'intensité à la poitrine où elle revêt une coloration plus pâle; elle n'a pas envahi les membres; muqueuse de la gorge rouge. L'enfant est levée à notre arrivée. Le 15 octobre, T. m., 38°; s. 38°,5 Le 16, T. m., 37°; s., 38°,6. Le 17, T. m., 36°,4. L'éruption ternit. Desquamation par petites écailles très fines se prolongeant pendant douze jours.

Obs. III. — P. (Élise), est une fillette de 5 ans qui nous est amenée par sa mère dans notre cabinet le matin du 18 octobre. Depuis quelques semaines l'enfant présente un eczéma du nez et des oreilles; le matin du 18 octobre, la mère constate l'apparition de rougeurs sur le corps. Ces rougeurs ont apparu pendant la nuit sans fièvre ni mal de gorge. Il s'agit d'un exanthème scarlatineux d'un rouge vif avec piqueté granuleux plus foncé, marqué surtout sur les jambes et les reins. La langue, rouge sur les bords, est couverte d'un enduit saburral léger; la gorge laisse apercevoir une membrane pultacée très mince sur l'amygdale droite. L'apyrexie est complète, T. m., 37°,2; s., 38. P. m., 128. 19 octobre, T. m., 37°,2; s., 37. P. m. 120. Le 20, T. m., 37°,5; s., 37°,3. P. m. 100. Le 21, T. m., 37°,2; s., 37°. L'éruption persiste jusqu'au 25 octobre, sans s'accompagner d'élévation thermique. La desquamation y fait suite par squames de 2 à 3 millimètres de diamètre et se prolonge pendant près d'un mois.

Pendant la convalescence, cette malade contamine sa petite sœur de 3 ans 1/2. Cette dernière est atteinte le 7 novembre; elle présente 39°,2 de température et des rougeurs scarlatineuses généralisées s'accompagnant d'une éruption vésiculeuse sur les côtés du ventre et le haut des cuisses. La convalescence s'établit le 11 novembre, mais est troublée le 23 novembre par l'apparition d'une néphrite. La face est bouffie, les urines sont albumineuses. Le régime lacté amène la guérison définitive le 6 décembre.

Obs. IV. — B... (Félicie), 23 ans est contagionnée par le malade I à la mère duquel elle vient rendre visite. Elle est nourrice d'un enfant de 4 mois. Le 22 octobre, elle ressent des cuissons à la figure; le 23, on constate des rougeurs érythémateuses à la face, accompagnées d'un peu d'épaississement de la peau; les conjonctives sont injectées. L'exanthème scarlatineux a envahi la poitrine, le dos et les reins. La muqueuse de la gorge est rouge; pas d'enduit pultacé sur les amygdales; la déglutition est douloureuse, surtout du côté gauche. La malade est levée à notre visite. T. s., 37°,8 Le 24, T. m., 37°,2. P. m., 92. T. s., 37°,9. La douleur à la déglutition a disparu. L'exanthème persiste sur le corps et s'accompagne à la face d'une desquamation farineuse. Le 25, T. m., 36°,5. P. m., 92°. Les rougeurs ternissent. Démangeaisons sur les reins. Le 29 octobre, le pouls est à 84. Desquamation écailleuse très fine sur le corps.

Obs. V. — Th... (Eugène), 3 ans 1/2, depuis le 26 octobre est mal à l'aise. Au début, vomissements, suivis le même soir d'un exanthème généralisé très rouge. Le 27 octobre, à la face dorsale des avant-bras, éruption prurigineuse avec élevures les unes rouges, les autres blanches et à aspect vésiculeux. Sur l'amygdale gauche, enduit pultacé mou, mince, laiteux. T. m., 38°,7; s., 38°.

L'enfant s'est levé et refuse de se coucher.

Le 28. T. m., 37°,9; s., 37°,9.

Le 29. T. m., 37°,7.

La desquamation commence par petites squames sur le corps. L'éruption vésiculeuse des avant-bras se flétrit. Il persiste quelques vésicules jaunâtres disséminées entre les papules rouges; le tout est rugueux au toucher. La muqueuse de la gorge est guérie; on ne découvre pas de tuméfaction des ganglions sous-maxillaires et cervicaux.

Obs. VI. — N... (Alice), 4 ans 1/2, depuis le 23 octobre souffre de maux de gorge et présente l'éruption classique. Les nuits sont agitées. Le soir du 26 octobre, la muqueuse de la gorge offre une coloration framboisée sur la luette et les piliers

(1) Le traitement de tous nos malades a consisté dans le séjour au lit, le régime lacté et, dans quelques cas, badigeonnages de la gorge au phénol sulforiciné à 1/20e.

avec des fausses membranes blanches, épaisses sur les deux amygdales. Langue blanche. T. s., 37°,9.

Le 27. T. m., 37°,5; s., 37°,9. La nuit a été bonne. Quelques ganglions engorgés sont perçus le long des sterno-mastoïdiens. L'exanthème persiste. Le 28, T. m. 37°,4; s., 37°,6; P. m. 128; s., 104. Une fausse membrane épaisse et blanche continue de recouvrir l'amygdale droite, malgré les badigeonnages de phénol sulforiciné au 1/20° auxquels on soumet l'enfant. L'éruption est en voie de disparition et fait place sur le dos à une desquamation qui s'effectue par petites écailles. Les urines renferment des traces d'albumine. Le 29, démangeaisons sur le dos et les reins; la fausse membrane persiste sur l'amygdale et ne disparaît que les jours suivants.

Obs. VII. — N... (Louis), 30 mois, est le frère de la précédente. Le 26 octobre, il perd l'appétit. Le 28 octobre, apparition sur la poitrine de l'exanthème scarlatineux qui reste d'un clair rose. T. s., 38°,6. Le 29, T. m., 37°.5; s., 37°,1. P. m., 132. La muqueuse de la gorge est rouge, un enduit pultacé recouvre l'amygdale droite qui est saignante et tuméfiée, la langue est couverte d'un enduit crémeux à bords rouges et déchiquetés; l'éruption occupe la poitrine, la partie supérieure du dos et des cuisses. Le 30, T. m, 37°; P. m., 116. L'éruption s'efface; l'enfant ressent des démangeaisons et se gratte sur le dos et les reins. La desquamation s'opère les jours suivants par poussières très fines, presque imperceptibles.

Obs. VIII. — G... (Louis), 3 ans, est voisin du malade I. Le 29 octobre au soir, il manque d'appétit et a froid. La nuit est agitée. Le 30, T. m., 37°,9; s. 37°,7. Eruption scarlatineuse rosée sur le dos et les cuisses. Langue saburrale. Tache pultacée blanchâtre sur l'amygdale gauche.

Le 31, T. m., 37°,3; s., 37°,7; P. m. 104. L'enfant s'est réveillé plusieurs fois la nuit pour demander à boire; l'éruption reste d'un rose pâle; l'enduit pultacé de la gorge a disparu. 1er novembre, les rougeurs ont disparu; les jours suivants on ne découvre pas de desquamation nette sur le corps.

Obs. IX. — M. (Marie), 3 ans, tousse depuis quelques jours lorsque le 5 novembre, elle se plaint de maux de ventre et de douleurs à la gorge. Nuit agitée. Le 7 novembre, exanthème scarlatineux sous forme de placards rouges isolés à la partie inférieure du dos et au niveau des genoux. Les amygdales sont rouges, turgescentes: un enduit pultacé très mince est aperçu sur l'amygdale gauche. L'enfant se plaint de démangeaisons au niveau de l'éruption et se gratte souvent. T. m. 38°; s., 38°,5.

Le 8, T. m., 38°; s., 38°. L'éruption pâlit; mais la nuit est restée agitée. Le 9, T. m., 37°,7. Desquamation imperceptible les jours suivants. Les deux frères de ce malade, âgés de 13 et de 7 ans, sont tous deux atteints d'angine avec fausses membranes sur les amygdales, dans la même journée du 12 novembre: chez l'aîné, la température atteint 40°; chez le cadet, elle ne dépasse pas 38°,9; la guérison s'effectue en trois jours chez les deux.

Obs. X. — H... (François), 10 ans, le 11 novembre est pris de vomissements et de maux de gorge. — Le 12. T. m., 38°,4; s., 38°; éruption scarlatineuse généralisée; rougeurs framboisées sur le voile du palais et la luette. Enduit pultacé blanchâtre et mince sur les deux amygdales; la langue est blanche et rouge sur les bords; le 13. T. m., 37°,8; s., 38°,4. L'éruption persiste d'un rouge vif, très rugueuse aux avant-bras; les amygdales restent rouges et tuméfiées; le 14. T. m., 37°,5; s., 37°,6. La langue se dépouille de son enduit; l'éruption ternit. Une desquamation par larges lambeaux surtout marquée aux mains et aux pieds s'établit pendant un mois. La sœur du malade, âgée de 14 ans, prend une scarlatine fébrile et bénigne quinze jours après son frère.

Obs. XI. — M... (Alexandrine), 3 ans 1/2, le 14 novembre 1892 a des maux de gorge. Eruption d'un rose clair sur le corps. Le 16. T. m., 37°,8; s., 38°,2. Pointillé rouge sur les piliers, la luette, le voile du palais. Exanthème rosé persistant sur le corps. Le 17. T. m., 38°,2; s., 37°,6. L'éruption disparaît le 19. On ne constate pas de desquamation nette. La sœur de cette malade, âgée de 4 ans 1/2 ans, est atteinte de scarlatine trois semaines plus tard; nous ne la voyons que pendant la convalescence avec un torticolis passager lié à une adénite cervicale.

CLINIQUE MÉDICALE

MICROORGANISMES DANS LA TRACHÉO-BRONCHITE SIMPLE,

Par M. L. Queyrat (1).

La trachéo-bronchite simple — le rhume vulgaire — est considérée comme le type des maladies uniquement provoquées par le froid.

Cependant, si l'on examine de près comment les choses se passent en matière de trachéo-bronchite, on voit que lorsqu'un cas de rhume se montre dans une famille, il est bien rare que les personnes qui vivent en commun avec le malade ne soient pas atteintes à leur tour: elles *prennent* le rhume, suivant la locution usitée, et cela alors même qu'elles n'ont pas été exposées à l'influence du froid.

Il y a donc là un indice de contagion et une raison de supposer — *a priori* — que le froid n'est pas la seule cause de la trachéo-bronchite simple.

J'ai fait, depuis plus d'un an, à l'Institut Pasteur, au laboratoire de M. Roux, une série de recherches concernant la microbiologie de la trachéo-bronchite, et c'est la première partie des résultats auxquels je suis arrivé que je viens présenter à la Société de biologie.

Si l'on fait des préparations sur lamelles avec les crachats des malades atteints de rhume et qu'on colore — par exemple avec le violet de gentiane — on voit, surtout dans les premiers jours de la maladie, que les crachats contiennent une grande quantité de microorganismes spéciaux.

Ce sont des cocci assez volumineux, se présentant soit isolés, soit en amas, souvent réunis en diplocoques, quelquefois en chaînettes de trois ou quatre articles. Ils provoquent une réaction phagocytaire des plus intenses, et on voit des leucocytes qui en sont littéralement bourrés.

Ces microbes se montrent en très grande abondance pendant les premiers jours de la maladie, puis à partir du huitième jour, environ, leur nombre diminue et à la fin de la seconde semaine, on n'en trouve plus que quelques-uns.

Si l'on ensemence des parcelles de ces crachats sur gé-

(1) Communication faite à la Société de biologie (séance du 25 février)

lose ordinaire et qu'on mette les tubes à l'étuve de 35 à 37°, on a, en vingt-quatre heures, une culture extrêmement abondante qui se présente sous forme de colonies arrondies, déjà assez grosses, opaques, saillantes et, suivant les cas, on obtient uniquement des colonies jaunâtres ou des colonies blanches ou un mélange des deux.

Sur 11 cas de trachéo-bronchite que j'ai plus particulièrement suivis, 7 fois il n'y avait que des colonies jaunes, une fois rien que des colonies blanches, trois fois un mélange des deux.

Quelle que soit la coloration (qui peut, d'ailleurs, varier dans la suite), ces colonies évoluent de la même façon : si elles sont rapprochées, elles fusionnent en une sorte de plaque; elles font nettement saillie au-dessus de la gélose; elles ne diffusent pas sur toute la surface. Lorsqu'on fait le réensemencement en strie, on obtient un épais ruban jaunâtre ou blanc.

Si, avant de faire l'ensemencement avec les crachats, on a eu la précaution de les laver dans une série de bains d'eau stérilisée, de manière à les débarrasser des impuretés provenant du pharynx ou de la bouche, on a souvent d'emblée une culture pure. Parfois, cependant, on a d'autres micro-organismes, mais les colonies auxquelles ils donnent naissance sont peu nombreuses, il ne s'agit pas toujours des mêmes microbes, par conséquent leur présence peut être considérée comme accessoire.

En ensemençant jour par jour des tubes de gélose avec les crachats, on voit que le nombre des colonies spéciales que j'ai décrites diminue au fur et à mesure que la maladie s'approche de son terme. Au début elles se chiffraient par plusieurs centaines, vers le douzième ou le quinzième jour, en général, l'ensemencement, si abondant soit-il, n'en donne que quelques-unes, parfois même plus du tout (1).

Lorsqu'on a obtenu en cultures pures les colonies blanches ou jaunes et qu'on les cultive en divers milieux et à diverses températures, voici à quels résultats on arrive. (Ces résultats sont les mêmes pour l'une et l'autre variété de colonies.)

Ces microorganismes ne se cultivent pas à la température de 15 degrés ; ils poussent faiblement à 23 degrés, d'où le peu de développement de leurs cultures sur gélatine qu'ils ne liquéfient pas.

La température de 35 à 37 degrés semble être celle qui leur convient le mieux.

A cette température, ces microbes pullulent rapidement dans le bouillon qu'ils troublent : il se fait un dépôt abondant au fond et sur les parois des tubes ensemencés ; en agitant le liquide, on produit des ondes pulvérulentes : souvent il se produit une collerette à la partie supérieure. Dans la suite, le liquide se clarifie.

Ces microorganismes poussent également sur le sérum gélatinisé, leur culture est moins abondante que sur gélose.

Sur pomme de terre, ils donnent une culture lisse, humide, peu appréciable. Ils ne poussent pas sur la carotte.

Si l'on fait des préparations avec les cultures en bouillon, on voit que les microbes dont je viens de parler se disposent en chaînettes : ce sont des *streptocoques*.

Ils se colorent facilement par les colorants habituels; traités par la méthode de Gram, ils gardent leur coloration.

La seule différence que présentent les streptocoques issus des colonies jaunes et ceux issus des colonies blanches, c'est que les streptocoques blancs donnent des chaînettes moins longues, que leurs articles sont plus gros et qu'ils fixent les colorants d'une manière plus intense. Mais ce sont là, en somme, des différences minimes, et comme toutes les autres réactions sont identiques, peut-être ne s'agit-il là que de deux variétés d'une seule et même espèce.

Il y aurait beaucoup à dire sur la biologie de ces microorganismes, sur les produits qu'ils sécrètent, sur le résultat de leur inoculation aux animaux : j'ai, à ce sujet, de nombreuses expériences en cours : dès qu'elles seront terminées, je les communiquerai à la Société de biologie.

En résumé, dans tous les cas de trachéo-bronchite que j'ai eu l'occasion d'étudier, j'ai trouvé ces mêmes microorganismes, se présentant sous forme de cocci dans les crachats, donnant sur gélose les cultures particulières que j'ai décrites, se disposant en streptocoques dans le bouillon.

La présence constante de ces organismes, démontrée par l'examen et l'ensemencement des crachats ; ce fait que très abondants au début de la maladie, ils diminuent et disparaissent presque complètement dans les derniers jours, semblent indiquer qu'ils jouent un rôle prépondérant dans l'étiologie de la *trachéo-bronchite simple* et que le froid n'y joue qu'un rôle accessoire.

(1) En revanche, on voit apparaître une multitude de colonies minuscules, punctiformes, translucides, qui cultivées en bouillons, donnent naissance à un streptocoque différent du pyogène. Peut-être s'agit-il là du streptocoque que M. Pansini dit exister à l'état normal dans la trachée et qu'il dit avoir rencontré dans tous les cas de bronchite.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

LEÇONS SUR LA PHYSIOLOGIE ET LA PATHOGÉNIE DE LA DESTRUCTION DU SANG,

Par WILLIAM HUNTER,
M. D. Edin., M. R. C P. Lond., etc...
Médecin assistant du London Fever Hospital.

Suite (1).

Rate.

Je vous dirai tout d'abord que mes observations n'apportent aucun appui à cette vue que la présence du pigment sanguin dans la pulpe splénique, dans les états où on le trouve en quantité si abondante, puisse être rapportée en aucune façon à des extravasations capillaires de sang. Si tel était le cas, on devrait le trouver particulièrement abondant dans la rate chroniquement congestionnée des affections cardiaques ou hépatiques. J'ai constaté, au contraire, que de telles rates sont singulièrement libres de pigment sanguin.

De plus, mes observations n'apportent aucun appui à cette vue que le pigment sanguin, quand il existe, s'emmagasine dans la rate, en vertu des fonctions « de nettoyage » des cellules spléniques.

Vous pouvez voir par les coupes que je mets sous vos yeux (exp. 33 et 34) qu'après une injection de carmin ou de bleu d'outremer dans le sang, on peut trouver les particules

(1) V. *Gazette médicale*, n°s 1, 2, 4, 5, 6 et 9 1893.

pigmentaires en grandes masses dans les capillaires du foie, et particulièrement dans la zone porte, alors qu'on n'en constate pas la vingtième ou même la cinquantième partie dans la rate. Au point de vue des fonctions éliminatrices des particules inertes, le foie, d'après mes observations, est un organe beaucoup plus important que la rate; et cela ne s'applique point seulement aux particules étrangères introduites dans le sang, mais aussi au stroma et autres résidus des globules rouges formés par l'injection de l'eau distillée dans le sang (exp. 88 et 188 (a). Après l'injection d'eau en grande quantité, le nombre des granulations et des sphérules incolores (stroma) constaté dans la rate est absolument et relativement petit, tandis qu'on les voit en abondance extraordinaire dans les capillaires du foie. En ce qui concerne les particules inertes circulant dans le sang, on voit que leur arrêt se fait plutôt dans les capillaires du foie que dans la rate.

Je vous ai montré que pour le pigment sanguin même la réciproque est souvent vraie. Après la transfusion, par exemple, on en peut trouver de grandes quantités dans la rate tandis qu'il n'en existe que peu ou point dans le foie; et cette petite quantité peut rester confinée dans les cellules hépatiques, les capillaires en étant complètement indemnes.

Selon Quincke, le mode de mort des globules rouges après transfusion, est le suivant : ils perdent graduellement leur élasticité, meurent, sont repris par les leucocytes, et sont enfin déposés dans les capillaires du foie et dans la rate. Si une telle description était exacte, le rôle de la rate serait comparativement passif et l'organe ne constituerait qu'un dépôt du pigment transporté en ce point.

Je conclus de la présence d'une grande quantité de pigment dans la rate, alors qu'on n'en trouve point dans les capillaires du foie, que la description de Quincke ne représente point ce qui a lieu actuellement; et que le rôle de la rate, dans l'élimination des globules rouges, n'est point ce rôle relativement subordonné qui lui a été assigné. Cette conclusion possède, en outre, une base expérimentale : quelques-unes de mes expériences montrent que les cellules spléniques ont le pouvoir d'arrêter les globules rouges avant qu'ils aient subi des transformations suffisantes pour leur permettre d'être repris par les leucocytes ordinaires (exp. 92, 93 et 94). Pour ces expériences, on comparait le sang tiré de l'oreille et celui obtenu par ponction directe de la rate exposée à l'air. Pour ce faire on pratiquait directement une incision dans la région splénique. Des observations de contrôle ont prouvé que la simple exposition de l'organe n'affectait appréciablement ni ses dimensions, ni les caractères du sang que l'on en tirait par ponction. D'autre part, à la suite d'une injection d'acide pyrogallique dans le sang, il se produisait, soit immédiatement (exp. 94), soit après trois minutes (exp. 93), selon l'importance de la dose, une augmentation de l'organe, atteignant jusqu'à quatre ou cinq fois ses dimensions ordinaires. En même temps, la rate devenait extrêmement turgide, et sa couleur rouge primitive était remplacée par une coloration veineuse sombre, les corpuscules de Malpighi ressortant d'une façon encore plus tranchée par leur coloration rouge. Quinze minutes à peine après une telle injection, on pouvait observer des modifications marquées dans le sang tiré de la rate, surtout dans les globules rouges, alors que le sang tiré de l'oreille au même moment n'offrait rien d'anormal; quinze minutes plus tard encore, on trouvait ces globules rouges altérés renfermés dans l'intérieur des grosses cellules spléniques de la pulpe. Après la mort, arrivée en quatre ou cinq heures, il existait des changements considérables dans le sang de la rate; on trouvait de nombreuses grosses cellules remplies de globules rouges à peine altérés; ces modifications ne s'observaient ni dans le foie ni dans le sang partout ailleurs.

Il me semble donc que le rôle des cellules spléniques vis-à-vis des globules rouges mal portants n'est pas un rôle de simple « nettoyage », puisque dans cette hypothèse, on aurait dû retrouver dans le foie les mêmes cellules englobant les globules rouges; son rôle est beaucoup plus actif. Cela devient très manifeste quand, à la suite d'une atteinte quelconque, transfusion, action de certains poisons, etc., les globules rouges sont malades sans être arrivés à leur désintégration complète. Les globules malades sont saisis en grand nombre par les cellules de la rate, longtemps avant qu'on en puisse trouver un seule dans l'intérieur des leucocytes. Après la mort, le principal et parfois le seul siège de ces cellules est la rate, il ne s'en trouve aucune, ou à peine quelques-unes, dans le foie (exp. 54, 58 et 71). L'activité de la rate pour retirer de la circulation des globules rouges, est, d'après mes conclusions, décidément plus grande que celle de la masse tout entière des leucocytes, y compris ceux situés dans le foie. Si la rate n'existait pas, les globules rouges en processus de dégénérescence resteraient beaucoup plus longtemps dans la circulation qu'ils ne le font actuellement. C'est en vertu de cette fonction que la rate peut devenir le siège d'une grande quantité de pigment, alors que le foie en reste indemne, par exemple après la transfusion. En conséquence, et jusqu'à un certain point assez limité, la présence du pigment sanguin dans l'intérieur de la rate, est une preuve d'une activité hémolytique spéciale de cet organe.

Moelle des os.

Une ligne semblable de raisonnement, non appuyée toutefois sur la même base expérimentale, conduit à la conclusion que le pigment trouvé dans la moëlle osseuse indique une activité de ses cellules dans l'élimination des globules rouges de la circulation, activité analogue, mais beaucoup moins grande, à celle de la rate. J'en déduis que la moëlle osseuse joue, jusqu'à un certain point, un rôle supplémentaire à celui de la rate. Cette moëlle est, d'après mes expériences, plus affectée dans sa structure et probablement dans ses fonctions, par l'ablation de la rate, que tout autre organe de l'économie (exp. 62, 64 et 89). Les modifications de structure peuvent arriver quelquefois à une transformation complète, le tissu médullaire se trouvant remplacé par une masse de grosses cellules lymphoïdes intimement unies les unes aux autres. De plus, après ablation de la rate, les modifications trouvées dans la moelle à la suite de l'injection d'agents hémolytiques, sont beaucoup plus considérables que lorsque la rate n'a pas été enlevée.

Les renseignements que l'on peut avoir d'une étude du pigment sanguin au point de vue des sièges de l'hémolysis, sans être dépourvus d'importance, sont cependant assez limités. Ceux que j'ai retirés d'une étude des modifications morphologiques du sang pendant l'hémolysis active, ceux surtout tirés d'une étude de leur distribution, possédaient des caractères bien autrement définis. *(A suivre.)*

REVUE DES JOURNAUX

CONTRIBUTIONS A L'HISTOIRE DE LA PARALYSIE ARSENICALE.

I. — SUR LES PARALYSIES SATURNINE ET ARSENICALE, par le professeur JOLLY. (*Deutsche medicin. Wochenschrift*, 1893, n° 5, p. 97.)
II. — SUR LA PARALYSIE ARSENICALE, par le professeur BERNHARDT. (*Eodem loco*, p. 101.)
III. — EMPOISONNEMENT PAR L'ARSENIC, par le Dr PRENTISS. (*Therapeutic Gazette*, février 1892.)

I. — Les paralysies arsenicales sont assez rares à observer. Le professeur Jolly en a publié récemment un exemple des plus nets, dont voici les traits principaux :

Une jeune femme de 27 ans avait absorbé, dans un but de suicide, une certaine quantité de vert de Schweinfurth dans du café noir. Elle fut prise, tout aussitôt, de vomissements qui ont persisté pendant toute une journée. Puis, une fois les symptômes de gastro-entérite dissipés, elle tomba dans un grand état de faiblesse. Le quatrième jour, au moment de se lever, elle remarqua qu'elle avait les pieds complètement engourdis; elle avait, en outre, des fourmillements dans les pieds, qui s'accentuèrent au point d'occasionner des douleurs très vives. En même temps que ces troubles de la sensibilité allèrent en augmentant, la malade présenta des phénomènes de paralysie motrice, principalement aux jambes et aux pieds. Au bout de quatre semaines elle ne pouvait plus marcher sans être soutenue ; aussi bien quand elle était couchée sur le dos que quand elle marchait, les mouvements des jambes étaient empreints d'une incoordination manifeste. Le phénomène du genou était aboli des deux côtés.

Au bout de six semaines, la paralysie était complète aux deux pieds. Les muscles des mollets étaient notablement atrophiés. Au-dessous des genoux, on constatait de l'anesthésie coïncidant avec de l'hyperalgésie. Douleurs violentes dans les mains, s'irradiant aux doigts, quelquefois aussi à l'avant-bras. L'excitabilité électrique des muscles des jambes était diminuée mais non abolie ; réaction de dégénérescence. Chute des cheveux et des poils ; sensation marquée de froid au membre supérieur droit et aux deux membres inférieurs.

A l'époque où la malade a fait l'objet d'une présentation à la Société de médecine interne de Berlin, les troubles sensitifs et moteurs étaient en voie d'amélioration, et il y avait tout lieu d'espérer une prompte guérison.

Nul doute, a fait remarquer le professeur Jolly, que la paralysie arsenicale ne doive rentrer dans le cadre des névrites multiples, des polynévrites. Cette manière de voir a été exprimée par Leyden dès 1876, dans son Traité clinique des maladies de la moelle. Il est vrai qu'à l'appui de cette opinion on ne trouve à invoquer que peu de données anatomo-pathologiques. C'est que la paralysie arsenicale et l'atrophie musculaire qui l'accompagne habituellement, sont essentiellement curables. Raison de plus d'admettre qu'il n'y a pas de lésion spinale en cause.

Le professeur Jolly a rappelé à ce propos que Gerhardt a publié il y a une dizaine d'années (*Sitzungs-berichte der phys. medic. Gesellschaft zu Würzburg*, 1882) un cas de paralysie arsenicale avec autopsie. Malheureusement ce cas n'a pas grande valeur pour trancher la question de la nature périphérique ou centrale de la paralysie arsénicale. En effet, à l'autopsie de ce malade on a trouvé une gliomatose centrale avec syringomyélie; il s'agissait là, évidemment, de complications accidentelles. D'autre part Erlitzky et Rybalkin, dans un travail que nous analyserons plus loin, ont constaté des altérations légères des cornes antérieures de la moelle, dans deux cas de paralysie arsénicale chez l'homme.

Incidemment le professeur Jolly a insisté sur les différences cliniques qui séparent la paralysie arsenicale de la paralysie saturnine, deux formes de paralysie qui, toutes deux, se compliquent d'une atrophie musculaire :

La paralysie motrice frappe dans une mesure prépondérante les membres inférieurs dans les cas d'intoxication arsenicale, les membres supérieurs dans les cas d'intoxication saturnine. Dans celle-ci les troubles de la sensibilité font défaut ou sont peu prononcés, contrairement à ce qui a lieu dans les cas de paralysie arsenicale. Cette différence dans les caractères cliniques plaide en faveur de la différence du siège des lésions anatomiques qu'on admet couramment, la paralysie arsenicale étant rapportée par la plupart des auteurs à une névrite périphérique, et la paralysie saturnine à une altération de la substance grise des cornes antérieures. Il est vrai que dans un cas de paralysie saturnine, dont Jolly a eu l'occasion de faire l'autopsie récemment, les altérations de la substance grise étaient très peu nettes, tandis que les nerfs périphériques étaient le siège d'altérations très prononcées.

II. — Le professeur Bernhardt relate un nouveau cas de paralysie arsenicale, dont voici un résumé :

Une femme de 35 ans, désireuse de mettre fin à ses jours, avait absorbé une certaine quantité de vert de Schweinfurt. Pendant quarante-huit heures elle a présenté des symptômes de gastro-entérite. Vers le sixième jour environ, elle a ressenti des fourmillements dans les jambes. Environ six semaines après le jour de l'empoisonnement, M. Bernhardt a constaté chez cette femme l'état suivant : grande prostration, lourdeur des jambes, amaigrissement des cuisses et des mollets. Le phénomène du genou était difficile à provoquer des deux côtés. Pas de paralysie motrice bien franche, mais simplement de la parésie. L'excitabilité électrique était diminuée, aux cuisses et aux jambes ; pas de réaction de dégénérescence. Emoussement de la sensibilité. Phénomène de Romberg. Pas d'atrophie aux membres supérieurs dont les mouvements étaient parfaitement libres. Seulement la malade éprouvait une sensation bizarre dans les doigts, sauf dans les deux petits. De plus, elle éprouvait une certaine peine pour se boutonner, pour saisir de petits objets.

L'état se maintenait sensiblement le même vers la quinzième semaine. Cependant la malade pouvait de nouveau se tenir d'aplomb, les yeux fermés. Sa démarche était incertaine. Quand elle se tenait debout, il lui semblait que les plantes de ses pieds étaient séparées du sol par du caoutchouc. L'excitabilité électrique des muscles innervés par le péronier était diminué. Les phénomènes du genou étaient abolis.

La malade a été perdue de vue.

III. — Ainsi qu'il a été dit plus haut, la paralysie arsenicale n'intéresse les membres supérieurs que dans une mesure très secondaire. Il est de règle qu'elle respecte les nerfs craniens et bulbaires. Or, l'observation relatée par Prentiss, qui concerne un cas d'empoisonnement arsenical aigu, mais survenu dans des circonstances insolites, fait exception à cette règle.

Le fait concerne une dame qui s'était introduit dans le conduit auditif externe une pâte contenant de l'arsenic et de la créosote. M. Prentiss vit la dame quatre jours plus tard. Tout le condnit anditif externe et nne partie du pavillon de l'oreille étaient escbarifiés. La malade éprouvait de violentes douleurs névralgiqnes et elle avait tonte une moitié de la face paralysée. En même temps, elle présentait les symptômes d'un empoisonnement arsenical, douleurs de ventre, vomissements, diarrhée. La prostration alla en angmentant; avec cela, on notait nne accélération considérable du ponls, sans élévation de la température interne.

La malade a succombé six semaines après l'accident.

(*A suivre.*) E. Ricklin.

BIBLIOGRAPHIE

Nouvelle Géographie universelle : *La Terre et les Hommes*, par Élisée Reclus. — XVIII. Amérique du Sud; les régions andines.

Nous sommes bien en retard pour présenter à nos lecteurs le dix-huitième volume de la Géographie universelle de M. Elisée Reclus et bon nombre d'entre eux, sans doute, habitués à enrichir leur bibliothèqne du volume annuel que publie si régulièrement le savant géographe, n'ont pas attendn jnsqn'à ce jour pour parcourir, avec un guide si parfait, les régions andines, auxquelles est consacré ce volume.

Dans le premier chapitre, où il jette une vue d'ensemble sur l'Amérique méridionale, M. Reclns délimite ainsi qu'il suit les régions qu'il va décrire :

« La masse triangulaire de l'Amérique du Sud, dit-il, se divise naturellement en deux parties bien différeutes par la forme, le relief, le climat, les produits, les populations et l'histoire. La moitié occidentale du continent comprend les rangées de montagnes, diverses en puissance et en altitude, et d'origine relativement moderne, qui font saillie, le long des rivages de la mer des Antilles et du Pacifique, entre les deux îles extrêmes, la Trinidad et l'île des États : le développement total de cette immense ossature atteint 9.500 kilomètres. La moitié orientale, de moindre longueur, mais d'une superficie beaucoup plus considérable, embrasse les vastes plaines de l'intérieur et les massifs irréguliers de hautes terres très anciennes de formation qui bornent l'Atlantiqne. Les divisions politiques du continent correspondent, d'une manière générale, avec les traits naturels du relief américain : les trois républiques de l'ancienne Colombie, le Pérou, la Bolivie et le Chili, appartiennent à la région des Andes, tandis que les Guyanes, le Brésil et les républiques platéennes font partie de la moitié de l'Amérique du Sud tournée vers l'Atlantique. Cependant, la coïncidence des limites est loin d'être précise : à l'exception du Chili, situé en entier sur le versant du Pacifique, les autres États andins empiètent notablement sur les plaines de l'intérieur, et même tout le bassin de l'Orénoque, l'un des grands fleuves du versant atlantique, est compris dans les denx républiques du Venezuela et de la Colombie. Mais ces délimitations tracées par les diplomates passent, sur presque tout leur parcours, en des régions peuplées seulement d'aborigènes et de rares métis; elles n'ont, aux yeux du géographe, qn'une minime importance. »

Nons ne ponvons qu'énumérer ici les régions décrites par l'auteur : ce sont les Antilles du littoral vénézolan (Tabago, Trinidad, Margarita, iles sous le vent), le Vénézuéla, la Colombie, l'Ecuador, le Pérou, la Bolivie et le Chili. Tout le monde connaît la méthode suivie par M. Reclus et les matériaux immenses qn'il doit élaborer pour présenter, sons nne forme claire, précise, attrayante, la synthèse de toutes les déconvertes, de toutes les notions, de tous les documents historiques on préhistoriques intéressant à la fois les révolutions géologiques, les mouvements ethniques, la flore, la fanne, le développement économique et la constitution politiqne de chaque pays. Tout savant, tont homme d'étude, qnelqne voie qu'il snive, tronve tonjonrs à glaner ntilement dans cette vaste encyclopédie. C'est ainsi que les médecins y rencontrent des détails du plns haut intérêt snr nne foule de qnestions relatives à la géographie médicale ou à la pathologie comparée des races. Par exemple, en Colombie, régne nne maladie de pean fort connue, appelée *caraté*, dont l'auteur donne la description, qu'on rencontre aussi au Mexique, dans l'Amérique centrale, et qni paraît se développer senlement dans les terres chaudes et humides.

Dans cette même Colombie, où sévissent les fièvres paludéennes, où la fièvre jaune a été observée épidémiqnement assez loin dans les terres et à une altitude de 408 mètres, on voit aussi, depuis quelques auuées, la lèpre se répandre d'une manière très inquiétante. Le premier cas rigoureusement observé, suivant M. Reclus, remonte à 1646; jusqu'à cette époque, dit-il, on ne vit ni Indien ni nègre qui en fût atteint. Aujourd'hui, d'après quelques statistiques, on ne compterait pas moins de 100.000 lépreux en Colombie. M. Reclus croit ce chiffre exagéré, mais, à son avis, il y en a certainement plus de 20.000. L'aptitude à contracter la maladie est très inégale suivant les races. Les blancs de race pure sont les plus exposés; puis viennent, par ordre décroissant, les métis, les Indiens non mélangés et enfin les noirs; ceux-ci sont rarement touchés. Les goitreux sont encore plus nombreux que les lépreux. On les remarque principalement dans les hauts bassins du Magdalena et du Cauca, dans les vallées privées de la lumière du soleil peudant une notable partie de la journée.

Nous n'avons sans doute pas besoin de multiplier les exemples pour montrer combien l'œuvre de M. Reclus intéresse tout particulièrement le médecin. Nous ajouterons, en finissant, que, dans ce volume, comme dans les précédents, de nombreuses cartes et gravures viennent compléter les descriptions.

Dr F. de Ranse.

BULLETIN

Académie des sciences : De l'urée du sang dans l'éclampsie. — Sur le microbe pathogène de l'orchite blennorrhagique. — *Académie de médecine :* Suture du nerf cubital suivie du retour presque immédiat de la sensibilité. — *Société médicale des hôpitaux :* Cas de tétanos grave traité avec succès par les injections d'antitoxine. — Cas de paralysie consécutive au choléra infantile. — *Société de biologie :* Transmission de la folie de l'homme aux animaux. — Des poisons produits par le bacille d'Escherich.

Poursuivant des recherches qu'il avait commencées avec le concours de M. Doléris, M. Butte a dosé l'urine dans le sang de 12 éclamptiques et est arrivé à ce résultat que, dans les cas heureux, il y a accumulation d'urée dans le sang (en moyenne 0,038 p. 100, la quantité d'urée contenne normalement dans le sang variant de 0,016 à 0,020 p. 100), tandis que,

dans les cas mortels, la quantité d'urée se rapproche de la normale. Une seule fois, dans ce dernier cas, M. Butte a trouvé l'urée en grand excès (0,096 p. 100).

Un pareil résultat constitue, en apparence, une sorte de paradoxe ; voici l'explication qu'en donne M. Butte. Après avoir rappelé que, dans l'éclampsie, le foie est le siége de lésions non moins importantes que celles des reins, il émet l'avis que, dans les cas mortels, ces altérations du foie atteignent un degré qui rend la glande incapable de former de l'urée en aussi grande quantité qu'à l'état normal, d'où diminution de l'urée à la fois dans l'urine et dans le sang.

Dans les cas peu graves, le foie continue à former de l'urée comme à l'état normal, et, l'élimination par les reins étant plus ou moins diminuée, l'urée s'accumule dans le sang.

Enfin il peut arriver que des lésions peu graves du foie coïncident avec des altérations très profondes des reins qui compromettent l'élimination des produits excrémentiels. Dans ces cas l'urée s'accumule en grande quantité dans le sang, et les malades succombent à des accidents d'urémie.

Ces recherches tendent donc à montrer que, dans la pathogénie de l'éclampsie, les lésions du foie jouent un rôle plus important que celles des reins. Au point de vue pronostique, si la quantité d'urée contenue dans le sang d'une éclamptique est de 2 à 2 fois 1/2 plus grande qu'à l'état normal, la guérison est probable; si elle dépasse de 5 à 6 fois le poids normal, ou qu'elle se rapproche, au contraire, du taux physiologique, on peut considérer la terminaison fatale comme à peu près certaine.

— Dans un travail antérieur, MM. Hugounenq et Eraud avaient fait connaître l'existence et les propriétés principales d'une albumine phlogogène sécrétée par un microbe de certains pus blennorrhagiques. Cette substance exerçant une action spéciale sur le testicule, il y avait lieu de supposer que le microbe d'où elle émane joue un rôle dans la pathogénie de l'orchite. C'est, en effet, ce qu'ont recherché et ce qu'ont trouvé les auteurs.

Le microbe en question, qu'ils proposent de dénommer *orchiococcus urethræ*, *orchiocoque*, se différencie actuellement par plusieurs caractères du gonocoque de Neisser. Il vit en saprophyte, mais d'une manière non constante, dans un grand nombre d'urèthres normaux ; on le trouve fréquemment dans le pus blennorrhagique des premiers jours. Il n'exerce aucune action sur la conjonctive, ni sur le tissu cellulaire sous-cutané, ni sur le péritoine, ni même sur l'urèthre ; mais, porté dans le testicule d'un chien, il provoque une orchite. Le produit retiré des bouillons de culture du microbe exerce sur le testicule une action beaucoup plus intense. L'orchite ainsi produite suppure fréquemment et se termine quelquefois par l'atrophie de la glande. De par ces expériences, il est donc permis de dire que le microbe décrit par les auteurs exerce, par ses produits de sécrétion, une action spéciale sur le testicule. Ils l'ont d'ailleurs rencontré dans le pus blennorrhagique, toutes les fois que l'uréthrite s'était compliquée on devait se compliquer ultérieurement d'orchite.

Mais dans quelles conditions l'orchiocoque, qui se rencontre assez fréquemment dans des urèthres sains, où il ne cause aucun dommage, devient-il pathogène? C'est ce que les auteurs ont cherché à déterminer et ce qu'ils feront connaître dans une communication ultérieure.

— Une petite fille de 10 ans est blessée, au mois d'octobre dernier, par un éclat de verre au niveau de la région cubitale de l'avant-bras gauche ; tous les phénomènes qui indiquent une section du nerf cubital se manifestent presque aussitôt et s'accentuent par la suite. Environ quatre mois après, la fillette est conduite à M. Berger qui recherche les deux bouts du nerf divisé, les avive et les suture. Dès le lendemain on constate le retour presque complet de la sensibilité au bord cubital de la main et aux doigts innervés par le nerf. Le surlendemain, le retour de la sensibilité est complet.

M. Berger, en communiquant à l'Académie de médecine ce fait, qui vient s'ajouter aux faits analogues antérieurement produits par MM. Tillaux, Nicaise, Polaillon et Segond, pose de nouveau, sans la résoudre, la question de savoir comment peut s'expliquer, dans ces cas, le retour presque immédiat de la sensibilité. On ne saurait invoquer ici ni la sensibilité suppléée, ni la sensibilité collatérale, ni la sensibilité récurrente. Faut-il admettre une réunion primitive des tubes nerveux, ou bien une sorte d'action dynamogénique? M. Berger ne prend parti ni pour l'une, ni pour l'autre de ces deux théories.

— L'observation extrêmement intéressante de tétanos communiquée par M. Barth à la Société médicale des hôpitaux équivaut à une expérience de laboratoire.

Un jeune homme de 18 ans présente, sans traumatisme connu, tous les phénomènes d'un tétanos grave. Le traitement prescrit (8 grammes de bromure de potassium et de chloral) en vingt-quatre heures, cautérisation ponctuée le long de la colonne vertébrale, bain de vapeur matin et soir, régime lacté reste inefficace, l'état s'aggrave, les crises de contracture deviennent plus violentes et plus fréquentes, la respiration s'embarrasse, la face se cyanose, la mort paraît imminente dans un court délai. Dans ces conditions, M. Barth appelle à son aide M. Roux et le prie d'instituer le traitement par les injections de sérum de cheval immunisé. La médication interne est continuée, sauf un jour d'interruption.

Du 16 au 21 janvier, M. Roux pratique 7 injections de sérum antitoxique au pouvoir de dix millions, variant de 20 à 50 cc. La dose totale de sérum injecté a été de 300 cc. Ces injections, malgré la dose relativement considérable de liquide employée, ont été d'une innocuité parfaite. Comme phénomènes locaux, on a noté un peu de tension douloureuse, sans rougeur ni inflammation, légère réaction qui a rapidement disparu. Les phénomènes généraux ont été les suivants : élévation assez considérable de la température dans les vingt-quatre heures qui ont suivi les premières injections ; chute rapide de cette fièvre, qui ne s'est pas reproduite ; deux jours après, sueurs profuses suivies d'une éruption d'urticaire qui a duré trente-six heures. C'est à partir de ce moment que, après différentes péripéties, une amélioration décisive s'est manifestée dans l'état du malade ; cette amélioration est allée en grandissant et, à la date du 10 février la guérison était complète.

Dans le cours du traitement, et dans un but exclusivement expérimental, on a pratiqué au malade deux saignées de 25 grammes, l'une après la quatrième injection, l'autre après la sixième. Le sang de la première saignée a été trouvé antitoxique à raison de 10 parties de sang pour 1 de toxine : 1 cc. a immunisé 1 cobaye ; le sang de la seconde saignée a été antitoxique à raison de 2 parties de sang pour 1 de toxine. C'est aussi à partir de ce moment que les phénomènes tétaniques se sont progressivement amendés.

Bien que le traitement interne ait été continué concurrem-

ment avec les injections, M. Barth n'hésite pas, vu l'inefficacité du premier tant qu'il a été employé seul, à attribuer aux injections antitoxiques le succès qu'il a obtenu. Que l'on partage ou non son avis sur ce point, on sera autorisé désormais, dans un cas de tétanos, à recourir d'emblée aux injections d'antitoxine, et ainsi se dissiperont les quelques doutes que pourrait laisser dans l'esprit cette intéressante observation.

— Un enfant de 8 mois, à antécédents héréditaires nerveux, est pris, à la suite d'un choléra infantile ordinaire, de phénomènes paralytiques qui se localisent définitivement au membre supérieur gauche et au membre inférieur droit. Pas d'atrophie, pas de réaction de dégénérescence.

Discutant la nature ou la pathogénie de cette paralysie, M. Bézy (de Toulouse) élimine la paralysie hystérique, la paralysie spinale de l'enfance et, malgré le début brusque, malgré l'absence de réaction de dégénérescence, admet une polynévrite d'origine infectieuse. En l'absence de données anatomo-pathologiques, il paraît difficile, dans ce cas, de porter un diagnostic certain ; c'est ce qui ressort de la courte discussion qui a suivi la communication de M. Bézy à la Société médicale des hôpitaux.

— L'étude des maladies mentales chez les animaux constituerait un chapitre intéressant qui fait, en général, défaut dans les traités de médecine vétérinaire. Elle a été l'objet de différents travaux épars dans les recueils scientifiques. L'hérédité, au point de vue de ces maladies, joue le même rôle chez les animaux que chez l'homme ; il est des faits qui prouvent que l'imitation exerce aussi la même influence, chez des sujets prédisposés, que dans l'espèce humaine. Telles sont, par exemple, les paniques qui se manifestent parfois dans un groupe d'animaux.

Cette transmission, par imitation, de troubles morbides peut se faire non seulement entre animaux de même espèce, mais encore entre animaux d'espèce différente et comme, en définitie, l'homme est simplement un animal de l'ordre des primates, on comprend *à priori* que des troubles semblables puissent se transmettre de l'homme aux animaux qui vivent dans son intimité, au chien par exemple. Les faits sont venus justifier cette induction et, dans un travail fort intéressant communiqué par M. Féré à la Société de biologie, l'auteur rapporte 3 observations de chiens devenus agoraphobes à la suite d'un séjour plus ou moins prolongé auprès de personnes atteintes elles-mêmes d'agoraphobie. Et de même que, dans les troubles psychiques communiqués d'homme à homme, l'imitateur guérit par sa séparation de l'initiateur, de même les chiens agoraphobes guérissent quand ils quittent le maître de qui ils tiennent la maladie.

— Le bacille d'Escherich est certainement l'un des microbes qui, dans ces derniers temps, ont provoqué le plus de recherches de la part des bactériologistes. On sait que ses propriétés pathogènes sont très variables, qu'elles peuvent s'exalter dans le corps humain, comme expérimentalement par une série d'inoculations à des animaux, et qu'elles peuvent, par contre, être atténuées comme dans sa culture successive dans certains milieux artificiels. Or, ces variations dans la virulence du microbe entraînent des variations correspondantes dans la toxicité des produits solubles qu'il sécrète. M. A. Gilbert, dans une note lue à la Société de biologie, a étudié l'action et le degré de toxicité de ces poisons.

Le tube intestinal, dans lequel le bacille d'Escherich pullule par milliards, offre à ce microorganisme un bouillon de culture plus ou moins analogue aux bouillons de laboratoire, et il se forme ainsi constamment une quantité considérable de poisons qui sont absorbés et produiraient plus souvent des accidents s'ils n'étaient détruits par le foie et éliminés par les reins.

Dr F. de Ranse.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

ASSOCIATION DE LA PRESSE MÉDICALE.

Le service militaire des étudiants en médecine. — Vendredi 3 mars, M. le ministre de la Guerre a bien voulu recevoir les membres de la Commission nommée par l'Association de la Presse médicale pour l'étude de la question du service militaire des étudiants en médecine.

M. le professeur Cornil a présenté la Commission, que M. le ministre de la Guerre a accueillie avec la plus parfaite courtoisie.

M. le Ministre a promis de faire étudier la question par les bureaux compétents et a donné l'assurance qu'il était résolu à entrer dans la voie indiquée par l'Association de la Presse médicale.

Le rapporteur de la Commission a déposé alors sur le bureau de M. le Ministre le rapport ci-dessous que nous reproduisons *in extenso*.

Monsieur le Ministre,

Dans sa réunion du 13 février 1893, tenue sous la présidence de M. le professeur Cornil, sénateur de l'Allier, l'Association de la Presse médicale a voté, à l'unanimité des membres présents, la proposition suivante, relative au service militaire des étudiants en médecine :

Les étudiants en médecine feront leur service militaire comme *médecins*, leurs études médicales terminées; ils devront être docteurs ou internes nommés au concours, dans une ville où siège une Faculté à l'âge de 27 ans.

Au nom de la Commission nommée par cette Assemblée, et composée de MM. Cadet de Gassicourt, Laborde et Lereboullet, membres de l'Académie de médecine, Cézilly et Marcel Baudoin, secrétaire, j'ai l'honneur, M. le Ministre, de soumettre à votre bienveillante attention l'exposé des motifs qui ont entraîné la conviction de tous les membres de notre Association.

De l'adoption du vœu que nous vous présentons, et que nous vous prions de vouloir bien examiner, dépendent, en effet, et la vie de nos soldats exposés aux balles ennemies et l'avenir de nos armées, au jour d'une déclaration de guerre.

C'est l'intérêt suprême de la Patrie qui est ici en jeu ; et si jamais la devise : *si vis pacem, para bellum*, a pu être citée dans une question militaire, c'est certes le cas de la rappeler encore à cette occasion.

Aussi serait-il superflu d'insister trop longuement devant vous sur l'immense *préjudice* apporté aux études médicales par le système actuellement en vigueur. En effet, par suite de l'âge (19 ans) auquel l'étudiant en médecine se fait inscrire d'ordinaire dans une Ecole ou une Faculté, et de la nécessité où il est de partir comme soldat à 21 ans, il y a interruption forcée dans le cours de ses études. Ce temps d'arrêt est très

préjudiciable à l'élève qui, pendant l'année qu'il passe au régiment, abandonne toute habitude de travail intellectuel et oublie en partie les matières précédemment apprises. En réalité, à sa rentrée à l'Université, il a souvent perdu le fruit de plus d'une année d'études.

Nous croyons plus urgent et plus utile d'envisager la question au *seul point de vue militaire*, l'intérêt de notre armée devant évidemment primer toute autre considération.

L'obligation de faire actuellement une année de service comme soldat, dans un régiment d'infanterie, ne se justifie pas pour les étudiants en médecine au point de vue exclusivement militaire, cela pour plusieurs raisons.

1° L'étudiant en médecine, du fait de son inscription à une Ecole ou Faculté, est, d'office, en cas de guerre, un soldat qui n'ira jamais au combat. *Il ne sera jamais un combattant*. Même, si la guerre éclatait aujourd'hui, pendant qu'il fait son année de service, l'étudiant serait immédiatement *désarmé* et versé dans une section d'infirmiers: le règlement est formel.

Il y a donc là des conditions spéciales sur lesquelles on ne saurait trop insister. Les médecins sont, en effet, les seuls qui, pendant la période de temps qu'ils doivent à la patrie et pendant la durée d'une guerre, soient aptes à remplir les mêmes fonctions que celles qu'ils exerçaient dans la vie civile. Les élèves d'une autre école (polytechnique, normale, centrale) ne sauraient être placés sur le même pied que les étudiants en médecine, et le corps de santé militaire est la seule arme qui présente un pareil caractère distinctif.

Pourquoi dès lors donner l'instruction du futur combattant à celui qui ne combattra jamais, à celui qui n'a pas le droit de combattre — puisqu'il est neutralisé en temps de guerre par la Convention de Genève — à celui qui, à supposer qu'il pût sauver une armée et même son pays en tirant un seul coup de fusil, n'aurait pas le droit de le faire?

Pourquoi vouloir quand même, pendant six mois au moins, faire porter le fusil à celui auquel un règlement sacré, un règlement international, défend de porter les armes? L'étudiant en médecine se trouve donc placé dans de toutes autres conditions que ses camarades des grandes Ecoles du Gouvernement? Pourquoi dès lors tenir à l'initier, comme ces derniers, aux exercices militaires, lui qui ne doit être que médecin, avant de l'incorporer dans les rangs de ses confrères immédiats, à la suite des médecins aides-majors de l'armée active?

2° D'autre part, alors même que l'étudiant apprend pendant un an le métier de combattant, tout ce qu'il a à apprendre — et il assimile vite, en raison de ses études antérieures — tout ce qu'il a appris, ne lui ouvre plus tard aucun droit au commandement de la troupe, quand il aura été nommé médecin de réserve.

3° L'étudiant en médecine, pendant son année de service militaire, ne s'initie pas aux difficultés du métier qu'il sera tenu d'exercer à la déclaration de guerre. Il faut à tout prix les lui faire connaître, les lui apprendre. Aussi l'Etat et l'Armée doivent-ils lui accorder toutes facilités pour qu'il puisse acquérir au plus vite le grade de docteur en médecine et, partant, devenir pour eux toute autre chose qu'une non-valeur.

Le système actuel met un obstacle très grand à l'instruction professionnelle de médecin militaire. En effet, le jour où il sera nommé médecin de réserve, l'étudiant n'aura pas encore servi comme « professionnel », mais simplement comme combattant! Il ignorerait par conséquent le premier mot du rôle qu'il serait appelé à jouer du jour au lendemain, si la guerre venait à éclater avant qu'il n'ait fait ses 28 jours comme médecin de réserve! Et, à supposer qu'il ait servi 28 jours dans ce grade, il n'en saura guère davantage : il faut un plus long temps pour apprendre à connaître le matériel du service de santé en campagne, l'administration militaire, etc. Enfin le médecin de réserve passe dans la territoriale, tout aussi ignorant. C'est alors qu'il peut être appelé à diriger un hôpital de campagne et avoir sous ses ordres un officier d'administration du cadre auxiliaire, aussi peu instruit que lui sur les fonctions qu'il a à remplir. On frémit quand on songe à la responsabilité encourue. Et dire que, sur nos seize hôpitaux de campagne, il y en aura douze qui devront fonctionner de la sorte!

Tous ces inconvénients disparaîtront le jour où l'étudiant, reçu docteur ou interne avant 27 ans, pourra faire, à 28 ans au plus tard, son année de service militaire comme médecin aide-major de réserve, c'est-à-dire comme officier, au même titre que ses camarades de l'Ecole polytechnique ou de l'Ecole centrale. En un an, il saura son métier et il sera inutile de l'obliger à refaire deux fois de suite 28 jours. En un an, avec un bon programme, avec 6 mois d'hôpital et 6 mois de régiment, il aura appris à diriger un hôpital de campagne, même sans le secours d'un officier d'administration du cadre actif et, dès lors, pourra parfaitement remplir les fonctions de médecin de l'armée territoriale, au moment opportun.

Bien entendu, en raison de la faveur spéciale qui leur serait accordée, les médecins ainsi nommés aides-majors de réserve ne recevraient aucune espèce d'appointements, sauf exception pour des cas tout à fait particuliers à déterminer;

4° Il est une dernière considération qu'il importe au plus haut point de ne pas passer sous silence. Chacun sait qu'en cas de guerre le nombre de médecins disponibles *se trouvera très insuffisant*. Or, en accordant aux étudiants la faculté de ne servir un an qu'après leur 5e, 6e ou 7e année d'études, après l'obtention de leur doctorat ou du titre d'interne, on augmentera sensiblement le nombre des médecins aides-majors de 2e classe de réserve.

Et ce surplus, ce contingent nouveau de médecins de la réserve (le chiffre en sera très respectable) viendra très utilement renforcer le cadre actif en temps de paix des médecins de l'armée régulière. Tout cela est de capitale importance, car personne n'ignore que ce cadre actif est aujourd'hui notoirement insuffisant, principalement en aides-majors, et que cette insuffisance même est telle que le service régimentaire et surtout le service hospitalier se trouvent presque compromis.

En terminant, nous voudrions insister sur la nécessité absolue d'autoriser légalement les internes, reçus au concours dans une ville où il y a une Faculté de médecine, à jouir des mêmes prérogatives que les docteurs. L'armée a, en effet, le plus grand intérêt à incorporer tous les internes le jour de la mobilisation avec le titre de médecins traitants (c'est-à-dire d'officiers) et non plus de médecins auxiliaires (c'est-à-dire sous-officiers); car voici qui deviendrait grave si l'on ne voulait entrer dans cette voie : la direction et le commandement appartenant toujours de droit à l'officier ayant le grade le plus élevé ou étant le plus ancien dans le grade le plus élevé, le commandement et la direction des hôpitaux de campagne passeraient forcément aux médecins territoriaux les moins instruits et les moins capables, parce qu'ils sont les plus anciens, parce que l'ancienneté de service compte pour beaucoup dans l'obtention de l'avancement, et parce que l'interne sera

nécessairement toujours de deux à trois ans en retard sur un camarade d'études qui n'aura pas passé par l'internat. Il en résulterait un réel préjudice et pour le corps de santé et pour l'armée, le moins digne commandant au plus digne.

Peut-être faudrait-il encore justifier la limite d'âge adoptée: 27 ans? Mais une telle discussion nous entraînerait trop loin. Qu'il nous suffise d'ajouter qu'en demandant l'adoption de ce chiffre l'Association de la Presse médicale a cru pouvoir parer à toutes les objections faites à la limite d'âge (26 ans) de la loi de 1889.

Ainsi donc l'intérêt des études médicales se confond avec l'intérêt de l'Etat et de l'Armée. Et nous ne craignons pas d'ajouter que le second justifie bien mieux encore que le premier la révision de la loi sur le recrutement.

Ce n'est pas d'ailleurs, Monsieur le Ministre, la première fois que se trouve posée, de cette façon, la question du service militaire des étudiants en médecine. En effet, l'article 23 du projet de loi déposé le 25 mai 1886 sur le bureau de la Chambre des députés, par M. le Ministre de la guerre, était ainsi conçu :

« Art. 23. — Ceux qui sont pourvus du diplôme de docteur en médecine accomplissent leur service actif dans un corps de troupe en qualité de médecins auxiliaires. Si, après une année de présence, ils sont l'objet d'un rapport favorable de leurs chefs, ils sont nommés médecins aides-majors de 3e classe de réserve et renvoyés dans leur foyers. »

Malheureusement, cet article 23 a subi bien des tribulations et bien des transformations à la Chambre des députés et au Sénat. Deux fois la Chambre des députés voulut y revenir ou se rallier à un texte à peine différent : deux fois le Sénat s'y refusa. Finalement, rien ne fut obtenu ; mais le dernier rapporteur à la Chambre, M. Ed. Thiers, tout en concluant à l'admission des restrictions formulées par le Sénat, ajoutait :

« Cela ne veut pas dire que, ni dans l'esprit de la Commission ni dans celui de son rapporteur, les dispositions pour lesquelles la Chambre aura combattu jusqu'à sa dernière heure doivent être abandonnées à jamais. Non, Messieurs, toute loi est perfectible... Vos successeurs n'auront plus tout à reprendre. Leur tâche, plus simple, se réduira à quelques perfectionnements, déjà bien définis par vous-mêmes. »

Ce que nous demandons, M. le Ministre, n'est que l'un de ces perfectionnements.

Et c'est pour les raisons que nous venons d'exposer et en raison de bien d'autres considérations sur lesquelles nous n'avons pas pu nous appesantir, que notre Commission, au nom de l'Association de la Presse Médicale, vous prie de vouloir prendre en considération le vœu qu'elle a l'honneur de vous soumettre et qui est ainsi formulé :

« *Les Étudiants en médecine feront leur service militaire comme* médecins aides-majors de 2e classe de réserve, *leurs études médicales terminées. Ils devront être docteurs ou internes nommés au concours dans une ville où siège une Faculté, à l'âge de 27 ans.*

Le Rapporteur, MARCEL BAUDOUIN,
Secrétaire.

Paris, le 3 mars 1893.

NOTES ET INFORMATIONS

Projet de loi sur l'assistance médicale gratuite.— M. Théophile Roussel, président et rapporteur d'une Commission sénatoriale composée de MM. Lourties, Guyot, Darbot, Rolland, Frézoul, Léon Labbé, Donnet et Cornil, a déposé sur le bureau du Sénat son rapport relatif à l'assistance médicale gratuite. Ce rapport conclut à l'adoption du projet voté par la Chambre des députés.

Congrès international de Rome. — *Voyages, réductions de prix.* — Le Comité d'organisation s'est entendu avec les différentes Compagnies de Chemins de fer et de navigation italiennes et étrangères et a obtenu des réductions notables de prix sur les bateaux à vapeur et les chemins de fer d'Italie et des autres pays que les membres du Congrès devront traverser.

En Italie, les membres du Congrès trouveront des billets pour voyages circulaires ayant Rome pour centre ; ces billets leur permettront de visiter les grandes villes et les différents centres scientifiques universitaires d'Italie. On fournira plus tard des renseignements aux membres du Congrès sur ces voyages.

Les femmes des membres du Congrès recevront une carte d'admission qui donnera droit aux réductions sur les prix de voyage accordées aux membres du Congrès. Avec cette carte elles pourront prendre part aux fêtes qu'on donnera à Rome à cette occasion.

Fêtes. — Outre les réceptions que l'hospitalité exquise et bien connue des Romains offrira aux membres du Congrès, leurs collègues italiens feront de leur mieux pour rendre, de la meilleure manière possible, les amabilités dont ils ont été l'objet de la part des étrangers pendant leur séjour dans les différents pays. Au cours des travaux du Congrès, chaque section réunira ses membres à un dîner qui aura lieu dans un des principaux hôtels de Rome et à une date qui sera ultérieurement fixée.

Les médecins italiens, groupés en plusieurs Comités, s'acquitteront de leur mieux des devoirs de l'hospitalité envers leurs collègues étrangers.

Exposition internationale de médecine et d'hygiène. — A l'occasion du XIe Congrès international de médecine, on inaugurera à Rome même une exposition de médecine et d'hygiène qui rassemblera tout ce qui peut intéresser la pratique de la médecine et des diverses spécialités. Un comité, nommé dans ce but, s'est déjà assuré le concours des plus importants industriels du monde.

Hôtels. — Les nombreux hôtels de premier et de second ordre dont dispose la capitale d'Italie garantissent aux membres du Congrès un séjour qui répondra à toutes leurs exigences.

Congrès d'hydrologie et de climatologie (*3e session, à Rome*, 1893). — Le Dr Max Durand-Fardel, président honoraire du Congrès international d'hydrologie et de climatologie, a reçu du Dr Vinaj la communication suivante relative à la 3e session de ce Congrès qui doit se tenir à Rome au mois de septembre de cette année, avec prière d'en donner connaissance à la Société d'hydrologie médicale de Paris :

1° La 3e session du Congrès international d'hydrologie et de climatologie fera partie de la XIe session du Congrès international de médecine qui doit se tenir à Rome au mois de septembre de cette année, tout en conservant sa dénomination propre.

2° Ses actes seront publiés à part.

3° Les membres du Congrès d'hydrologie participeront aux

mêmes droits et honneurs que ceux du Congrès de médecine.

4° L'exposition d'hydrologie aura lieu conjointement avec celle du Congrès de médecine, mais à part.

5° Les membres du Congrès d'hydrologie recevront les actes du Congrès de médecine en payant 25 francs au lieu de 20 francs.

6° L'organisation particulière du Congrès reproduira les divisions établies par les Congrès de Biarritz et de Paris.

7° L'ouverture du Congrès de médecine aura lieu le 24 septembre, et celle du Congrès d'hydrologie le 27 du même mois.

8° Il n'y aura pas de programme officiel de questions à traiter au Congrès.

Les membres qui se proposeront de faire des communications sont priés d'en adresser d'avance le titre et les conclusions au président du Congrès.

9° Les excursions hydrologiques partiront de Rome le 2 octobre.

Des communications officielles suivront de près celles qui est adressée aujourd'hui à la Société d'hydrologie.

Les organisateurs du Congrès expriment un vif désir que la médecine française, et la Société d'hydrologie médicale de Paris en particulier, soient représentées le plus largement possible au Congrès de Rome, où les attendra l'accueil le plus cordial et le plus empressé.

Nourrices et nourrissons syphilitiques. — La Cour d'appel vient de confirmer un jugement dans lequel l'Assistance publique a été condamnée à indemniser une nourrice qui avait contracté la syphilis d'un nourrisson qui lui avait été confié par cette Administration.

Fédération des Sociétés scientifiques. — Il y a peu de temps, des délégués des Académies des sciences de Berlin, Gœttingue, Leipzig, Munich et Vienne se sont réunis à l'effet de préparer une sorte d'union fédérale des différentes sociétés scientifiques allemandes, leur permettant de prendre une action commune dans des matières importantes d'intérêt commun. On a même agité la question de la possibilité d'une fédération internationale d'ordre scientifique.

NOUVELLES

AVIS

MM. les Actionnaires de la **Gazette médicale** *sont informés que l'Assemblée générale annuelle aura lieu au Siège social, le Jeudi 30 Mars, à 5 h. 1/2.*

Aux termes des Statuts, le présent avis doit être considéré comme une convocation régulière.

Distinctions honorifiques. — Le ministre de l'intérieur a décerné aux médecins et aux étudiants en médecine ci-après désignés des médailles d'honneur ou des mentions honorables en témoignage du dévouement dont ils ont fait preuve au cours de l'épidémie cholérique de 1892.

Médailles d'or. — MM. les Drs Barié, Boulloche, Brouardel, Brousse, Critzmann, Fernet, Girode, Levraud, du Mesnil, Peter, Renault, Widal (de Paris); Attimont, Bertin (de Nantes); Aymard (de Limoge); Broussin (de Versailles); Caron, Courbet (du Havre); Cotoni (d'Oissel); Crimail (de Pontoise); Delabost (de Rouen); Dubousquet-Laborderie (de Saint-Ouen); de Grissac (d'Argenteuil); Hallette (de Montreuil sur-Mer); Le Roy des Barres (de Saint-Denis); Lesueur (de Bernay); Manouvriez (de Valenciennes); Reumaux (de Dunkerque); Colin (médecin militaire); MM. Jeannin, le Juge de Segrais, Masure, Pompidor, Rautureau, Thibaut, internes des hôpitaux.

Médailles de vermeil. — MM. les Drs Babinski, Bourcy, Delpench, Deschamps, Lesage, Monton, Roger, Siredey, Touvenaint (de Paris); Bourdet, Hubert (de Cherbourg); Delarue fils (de Dieppe); Desbayes, Didier, Leudet (de Rouen); Dupuy (de Saint-Denis); Fioupe (de Marseille); Hellet (de Clichy); Lemaire (du Tréport); Lucas (de Montfort-sur-Risle); Massart (d'Honfleur); Michaux (d'Aubervilliers); Pedrono (de Lorient); Tourdot (de Sotteville-lès-Rouen); MM. Boutin, Lasserre, Léonard, Souesme, internes des hôpitaux.

Médailles d'argent. — MM. les Drs Ehrbardt, Grajon, Karth, Laffitte, Ménétrier, Rotillon, Schrœdor, Signez, Wurtz (de Paris); Ardouin, Rocher (d'Aubervilliers); Balard, d'Herlinville, de Bossy, Dottard, Carrère, Dugardin, Engelbach, Fauvel, Frémont, Frottier, Guilmin, Jullien, Launay, Lausiès, Lecesne, Le Gad, Lenhardt, Leroy, de Lignerolles, Lorentz, Pouy, Powilewicz, Renau, J. Roger, Sourice (du Havre); Bouju, Fortin, Gargam, Panel (de Rouen); Bréchot (de Caudebec); Broquet (de Gonesse); Brousse (de Saint-Étienne); Cuisinier, Warenghem (de Calais); Desmontils (de Graville-Sainte Honorine); Duliscouët, Thomeuf, Waquet (de Lorient); Génot, (de Vézelise); Gressin (de Montivilliers); Gros, Guerlain, Houzel, Ovion, Patin (de Boulognes-sur-Mer); Guillemart, Lassime (de Port-Louis); Berbart (de Dunkerque); Homery (de Quimper); Hurpin (de Caule-Sainte-Beuve); Iszenard (de Saint-Denis); Jacquot (de Greil); Jaugey (d'Ouville-la-Rivière); Jouet (de Luneray); Lallemant (de Dieppe); Laurent (de Sanvic); Magalon (de la Bouille); Marquézy (de Neufchâtel-en-Bray); Mazade (de Marseille); Michaut (de Gonesse); Napieralski, Omont (de Pont-Audemer); Parisot (de Nancy); Raoul, Thobois (de Saint-Ouen); Rident (d'Elbeuf); Tanche (d'Armbouts-Cappel); Testelin, Toussaint (d'Argenteuil); Vauquelin (de Lisieux); MM. Briend, Collinet, Cordebart, Damourette, Dubrisay, Ettlinger, Gellé, Hobbs, Josué, Lecomte, Lefebvre, Martel, R.-A. Petit, A. Petit, Sion, Thiercelin, internes des hôpitaux.

Médailles de bronze. — MM. les docteurs Albert (de Paris); Biat (de Trith-Saint-Léger); Boutleux (de Béthune); de la Croix (de Lisieux); Dacquet (d'Étaples); Deladrière (de Calais); Demmler (de Saint-Leu-d'Esserent); Duliscouët (de Kériado-Plœmeur); Duriau, Ruyssen, Villette (de Dunkerque); Lecourt (de Canteleu); Leissen (d'Hennebont); Paul Mantel (de Saint-Omer); Pauthier (de Senlis); Rolland (du Havre); Roustan (de Creil); Sauvage (de Lorient); Vincent (de Gouvieux); MM. Bertrand, François, Ladevie, Ménereul, internes des hôpitaux; Brunet, Durville, Grunberg, Hulmann, externes des hôpitaux.

Mentions honorables. — MM. les docteurs Courtois, Cryé, Pivion, Ruelle (de Paris); Baseil (de Frouard); Duchesne, Duhamel (de Gournay).

— M. le docteur Georges Bogdan, professeur à la Faculté de médecine de Jassy, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

Enseignement populaire supérieur (Ville de Paris). M. le Dr A.-J. Martin. — Conférence pratique le dimanche 12 mars, à 9 h. 1/2 du matin, au Crématoire du cimetière du Père-Lachaise.

Chemin de fer d'Orléans. *Fêtes de Pâques* 1893. — Extension de la durée de validité des billets aller et retour. — A l'occasion des fêtes de Pâques, la Compagnie d'Orléans étendra jusqu'au mardi 11 avril inclus la durée de validité de ses billets d'aller et retour à prix réduits qui seront délivrés, pendant la période du mercredi 29 mars au lundi 10 avril inclus, aux conditions de son tarif spécial G V n° 2.

Ces billets conserveront la durée de validité déterminée par le tarif précité, lorsqu'elle sera supérieure à celle ci-dessus fixée.

Le Rédacteur en chef et gérant : **F. de Ranse.**

Paris. — Typ. A. Davy, 52, rue Madame. — Téléphone.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Rédacteur en chef : **M. le Dr F. DE RANSE**

Comité de Rédaction : **MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN, J. ARNOULD (de Lille), P. FABRE (de Commentry), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon)**

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, avenue Montaigne (Rond-Point des Champs-Élysées)

CLINIQUE CHIRURGICALE

LUXATION DE LA SEPTIÈME VERTÈBRE CERVICALE

Leçon clinique de M. le professeur DUBRUEIL *à l'hôpital Saint-Éloi, de Montpellier.*

Nous venons, Messieurs, de perdre un malade qui nous a présenté un exemple d'un traumatisme rare du rachis. Voici son histoire :

Cet homme, grand et vigoureux, âgé de 34 ans, exerçant le métier de charretier, a été apporté dans nos salles, le 9 février à 9 heures du soir.

Dans la même journée, à 3 heures de l'après-midi, il avait été victime de l'accident suivant : il était occupé à décharger un wagon chargé de balles de paille qu'il attirait à lui à l'aide d'un crochet avec lequel il saisissait les fils de fer entourant ces balles. A un moment donné, croyant avoir saisi le fil de fer, il tira vigoureusement sur le crochet, mais le crochet mal fixé se dérapa, et le patient tomba à la renverse d'une hauteur de 1 m. 50. Ses épaules vinrent frapper violemment sur le sol, formé par de la terre tassée et durcie, sans rencontrer aucune espèce de corps saillant.

Au moment de la chute, notre blessé a ressenti une vive douleur au niveau de la partie supérieure de la colonne vertébrale et a perdu connaissance. Revenu à lui au bout d'un quart d'heure, il s'est aperçu qu'il ne pouvait pas remuer ses membres inférieurs.

Un médecin, mandé auprès de lui, lui conseilla de se faire porter à l'hôpital où il entra, je vous l'ai dit dans la soirée. L'interne du service constata l'état suivant :

Abattement général, somnolence ; cependant le malade répond assez bien aux questions qu'on lui pose. Respiration anxieuse, diaphragmatique, toux fréquente, presque continuelle. Pas d'expectoration. Le malade toussait un peu depuis un mois, mais bien moins qu'à présent.

Ses membres inférieurs sont complètement paralysés, flasques, sans contracture. Le réflexe rotulien est complètement aboli des deux côtés. Anesthésie absolue des membres inférieurs. Les différentes sensibilités au contact, à la douleur, à la température, sont abolies.

Le tronc est anesthésié jusqu'à deux travers de doigt au-dessus des mamelons.

Il n'y a pas eu d'émission d'urine depuis la chute. L'interne du service pratique le cathétérisme et donne issue à une assez grande quantité d'urine. En retirant la sonde il trouve un petit caillot de sang engagé dans l'œil, et le blessé lui raconte que depuis trois semaines il rendait du sang mélangé aux urines, les besoins d'uriner étaient fréquents et impérieux, la miction était douloureuse à la fin.

Le lendemain, je trouvai le malade dans le même état ; la paralysie, l'anesthésie et la rétention d'urine étaient toujours absolues. Il n'y avait pas d'érection du pénis.

La respiration était toujours pénible et diaphragmatique. En examinant le rachis, je constatai qu'il existait, au point de jonction de la région cervicale et de la région dorsale, une dépression immédiatement au-dessous de laquelle on observait une saillie prononcée. C'était évidemment la portion de la colonne vertébrale qui avait subi les effets du traumatisme, et le siège de la lésion était parfaitement en rapport avec les zones d'anesthésie et de paralysie. Désirant tenter la réduction, je fis placer sous le dos du malade un rouleau qui correspondait immédiatement au-dessous de la dépression rachidienne, rouleau formé par un drap enroulé, et je fis tirer sur la tête à l'aide de la portion céphalique de l'appareil de Sayre.

La moufle avait été fixée de façon que la traction s'exerçât suivant une ligne formant à peu près un angle de 45 degrés avec l'horizontale.

La traction, qui demeura très modérée, fut maintenue, en attachant la corde, et il nous sembla que la déformation diminuait ; mais le malade ne put supporter l'appareil. Je le fis enlever et on laissa seulement le rouleau.

Dans la soirée l'état s'aggrava, la respiration devint de plus en plus difficile, l'expectoration demeurait nulle, la miction supprimée.

La température monta à 39°2.

Le malade succomba à 3 heures du matin.

L'autopsie faite le 12 février, a montré les lésions suivantes :

Au niveau des régions cervicale inférieure et dorsale supérieure, les muscles sont infiltrés d'une notable quantité de sang. La colonne vertébrale mise à découvert, on voit que la septième vertèbre cervicale est luxée en avant sur la première dorsale ; le corps de la vertèbre cervicale dépasse en avant celui de la dorsale de 1 centimètre à peu près ; les apophyses articulaires inférieures de la vertèbre luxée sont passées en avant des apophyses articulaires supérieures de la vertèbre sous-jacente. L'apophyse épineuse

et les lames de la dernière cervicale sont notablement écartées de celles de la première dorsale. Il n'y a de fracture nulle part.

Les ligaments sus-épineux, inter-épineux et les ligaments jaunes unissant la proéminente et la première vertèbre du dos sont complètement rompus. Il en est de même des capsules articulaires. Le ligament vertébral commun antérieur est déchiré du côté droit; le postérieur est intact.

Le disque fibro-cartilagineux interposé entre les deux vertèbres est arraché; il est demeuré adhérent à la première dorsale dans ses quatre cinquièmes postérieurs et à la septième cervicale dans son cinquième antérieur. Les nerfs qui passent par les trous de conjugaison correspondant au déplacement, sont intacts et ne paraissent pas être comprimés.

En ouvrant le canal rachidien, on trouve un léger épanchement sanguin extra-duremérien au niveau de la luxation; la moelle semble comprimée à ce niveau; mais lorsqu'on sectionne la dure-mère qui n'a pas subi de solution de continuité, on voit qu'à cette hauteur la moelle ne présente aucune altération macroscopique. Par contre, à 1 centim. au-dessous, elle est dilacérée, rompue, dans ses trois quarts antérieurs; le quart postérieur seul établit la continuité de l'axe médullaire. Pas de suffusion sanguine en ce point.

Bien que le corps de la vertèbre supérieur ne dépassât celui de l'inférieure que de 1 centimètre, la luxation doit être qualifiée de complète, car ce qui caractérise la luxation complète, c'est le fait que les apophyses articulaires sont complètement abandonnées.

Cette luxation siégeant sur un point peu mobile du rachis est un fait rare. Malgaigne, dans son Traité des luxations, en cite deux cas, l'un de Gaitskell (*London Repository*, t. XV, p. 282 et Œuvres chirurgicales d'A. Cooper, trad. Chaissaignac, p. 195) et un de Dew (*The Lancet*, mai 1850 et *Revue médico-chirurgicale* de Malgaigne, 1850, t. VIII, p. 306). Sans faire de recherches bibliographiques bien longues, j'en ai trouvé deux autres cas dans les bulletins de la Société anatomique. Le premier (*Bulletin*, 1852, p. 490, Arrachard) n'est pas un cas type, puisqu'il y avait, en même temps que la luxation, une fracture de l'apophyse articulaire supérieure droite de la première dorsale au niveau de son pédicule, mais dans le second (*Bulletin*, 1867, p. 113, Nottin), il n'y avait pas de fracture, non plus que dans les faits de Gaitskell et de Dew.

Par quel mécanisme la luxation s'est-elle produite dans notre observation? Bien probablement par un mouvement exagéré de flexion.

Le patient racontait qu'il était tombé à plat, le dos portant sur le sol qui ne présentait aucune saillie. Il serait fort difficile d'admettre que la disjonction vertébrale fût le résultat du choc, les arcs vertébraux postérieurs étant tous venus frapper sur le même plan horizontal. De plus, s'il en avait été ainsi, il est plus que probable que les apophyses épineuses auraient présenté quelque solution de continuité. Il est, par contre, très bien permis de supposer que cet homme, qui cherchait à exercer une traction vigoureuse à l'aide d'un crochet, a violemment fléchi la partie supérieure du rachis en avant, lorsque le crochet a dérapé. La rupture complète des ligaments unissant les arcs vertébraux postérieurs mise en parallèle avec le peu d'étendue des lésions présentées par l'appareil ligamenteux antérieur vient à l'appui de cette hypothèse.

Un point qui m'a singulièrement étonné, c'est l'intégrité de la moelle au niveau de la luxation et sa rupture à peu près complète à 1 centimètre plus bas, à une hauteur où l'axe médullaire ne pouvait avoir subi de compression. La dure-mère était intacte à ce niveau, il n'y avait pas à incriminer une manœuvre maladroite pendant l'autopsie. Je pense que cette déchirure de la moelle est le résultat d'une traction exagérée produite par la flexion. On connaît le fait de Walther qui trouva le bulbe rachidien rompu en travers sur un homme qui était tombé sur la tête d'un échafaudage élevé et qui avait succombé immédiatement. Les vertèbres ne présentaient ni déplacement, ni solution de continuité. Pourquoi l'élongation de la moelle portée à un certain degré ne pourrait-elle pas en produire la rupture? Je ferai observer que dans notre observation la solution de continuité de la moelle correspondait précisément au point où cesse le renflement cervico-brachial, dans un point, par conséquent où l'axe médullaire subit une diminution de volume et partant de résistance. Ce qui me paraît enfin plaider en faveur de cette explication, c'est qu'il est difficile d'en donner une autre.

Un autre fait à signaler, c'est l'abolition des réflexes rotuliens. L'examen microscopique du segment médullaire sous-jacent à la déchirure n'ayant pas été fait, nous ne pouvons savoir si cette portion de la moelle était ou n'était pas le siège d'une altération histologique.

Nous n'avons pas à regretter de n'avoir pas persisté dans nos tentatives de réduction. La luxation eût-elle été réduite, le malade n'en aurait pas moins succombé, mais comme il est impossible en pareil cas d'être édifié d'une façon précise sur l'état de la moelle, ces tentatives restent toujours indiquées.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

LEÇONS SUR LA PHYSIOLOGIE ET LA PATHOGÉNIE DE LA DESTRUCTION DU SANG,

Par William Hunter,
M. D. Edin., M. R. C. P. Lond., etc...
Médecin assistant du London Fever Hospital.

Suite (1).

MODIFICATIONS MORPHOLOGIQUES DU SANG PENDANT L'HÉMOLYSIS ACTIVE.

Les modifications dont je veux parler portent sur le plasma, les globules rouges et les leucocytes. En voici les principales :

1° On peut constater la présence de *granulations et de sphérules albumineuses sans coloration*, de dimensions variées. Ce sont des produits de désintégration du plasma et des globules rouges, dont les plus petits ressemblent beaucoup aux corps désignés différemment par les auteurs, « hématoblastes » de Hayem, « plaques du sang » de Bizzozero, « corps granuleux » (Körchenbildungen) de Max Schultze, « corps élémentaires « (Elementar Körperchen)

(1) V. *Gazette médicale*, nos 1, 2, 4, 5, 6, 9 et 10, 1893.

de Zimmermann. Ces corps dérivent, d'après mes expériences, en partie des globules rouges, dont le stroma protoplasmique peut se voir faisant issue en forme de gouttelettes et flottant librement sous l'aspect de petites sphérules, en partie et très abondamment du plasma lui-même. Je regarde donc la plupart d'entre eux comme des précipités (granulations) albumineux dérivés du plasma. Les leucocytes, toujours d'après mes observations, ne constituent qu'une source secondaire et peu importante de ces granulations. La relation existant entre ces produits de désintégration et les hématoblastes et les plaques du sang, considérés par Hayem et Bizzozero comme des éléments normaux du sang et par le premier de ces auteurs comme les précurseurs des globules rouges, a été pour moi un objet de vif intérêt au cours de mes recherches ; et je serais heureux de m'étendre ici plus longuement sur ce sujet, si le temps me le permettait. Je me contenterai de dire que la seule différence que j'aie pu noter entre les granulations que j'ai décrites et les plaques du sang est que ces dernières m'ont toujours semblé présenter un degré de réfraction plus élevé que les premières. En ce qui concerne les relations entre ces plaques du sang et la formation du sang, sujet sur lequel Hayem s'est exprimé avec tant d'assurance, je me hasarderai à déclarer que c'est là une question encore totalement ouverte. Je n'ai pu, en aucune façon, arriver à me satisfaire sur l'existence de telles relations;

2° On constate des *sphérules colorées* dérivées des globules rouges, partie par le processus d'exsudation qui a été signalé, mais plus fréquemment, et d'une façon caractéristique, par ce que j'ai appelé, pour la commodité de la chose, dans mes observations, un processus de bourgeonnement. Le globule rouge se contracte sur un point de son étendue ; il se forme un petit bourgeon identique en coloration et en apparence avec la masse principale du globule ; et on peut fréquemment voir les deux portions jointes, pour un temps, par un procès délicat et incolore. J'ai appris à reconnaître dans cette modification du globule rouge, un processus très caractéristique du sang commençant à subir des changements destructifs. Je ne l'ai jamais constatée dans le sang à l'état sain. On ne peut mieux l'étudier qu'en élevant graduellement ce liquide à une température de 45° ou 50° C., ainsi que Max Schultze l'a le premier montré. Sous de certaines circonstances, la totalité du globule rouge peut ainsi se diviser; d'où suit la formation d'un grand nombre de sphérules fortement colorées;

3° On constate des *stromas*, des globules rouges décolorés; ce sont des squelettes de globules rouges privés de leur hémoglobine. On les étudie surtout bien après l'injection d'eau distillée dans le sang. Ce sont des sphères albumineuses, habituellement sans coloration, retenant parfois un peu d'hémoglobine, homogènes dans leur totalité, sans enveloppe visible;

4°. Ces stromas doivent être distingués avec soin des « *schatten* ». Ces derniers sont de petites vésicules constituées d'une capsule externe renfermant du liquide et ordinairement deux ou trois particules extrêmement ternes d'un caractère indistinct. Ils dérivent des globules rouges, et la capsule est généralement considérée, mais à tort, comme celle même du globule rouge. C'est, je crois, un produit artificiel, résultant d'une modification chimique dans les parties les plus externes du globule rouge. Je ne l'ai jamais constaté dans le sang à l'état sain ; ce n'est pas un produit de l'hémolysis normale. Pour sa production, il faut un certain degré d'acidité du sang qui n'existe jamais comme résultat d'une maladie naturelle, et qui ne peut être déterminé que par l'action de certains agents destructifs. Les corps que je décris ne se rencontrent pas après l'injection d'eau distillée dans le sang, tandis que les stromas et les sphérules incolores s'y trouvent en abondance. On les constate, au contraire, en grand nombre après l'injection de substances destructives comme l'acide pyrogallique.

C'est d'une étude de la distribution de ces modifications dans les différents organes et les différents points du système circulatoire pendant l'hémolysis active, consécutives à l'injection de ces substances, que j'ai retiré le plus de renseignements et sur la nature et sur le siège de l'hémolysis.

ACTION DES POISONS.

La substance dont l'action s'est montrée la plus intéressante a été le toluylendiamine. Comme l'acide pyrogallique, bien que d'une manière différente et non au même degré, il exerce sur le sang une action destructive bien marquée. La particularité intéressante est que, au contraire de l'acide pyrogallique, son action varie grandement selon les différents animaux. Il est extrêmement destructif et toxique pour le chat, même à petites doses; une dose d'à peine 0,gr. 15 tue un chat en très peu d'heures avec les symptômes d'une hémoglobinurie intense. Cette action est moins accusée chez le chien ; la même dose détermine l'ictère sans l'hémoglobinurie ; elle n'est plus sensible le moins du monde chez les lapins où des doses même considérables ne produisent ni ictère ni hémoglobinurie. Dans nombre de mes expériences on a injecté directement dans le sang des doses de 1 gramme de cette substance à des lapins, avec des effets comparativement peu sensibles. Son action sur les lapins diffère si nettement de celle qu'il exerce sur les chiens et les chats, que Stadelmann, qui l'a le premier étudié, a déclaré nettement ne pouvoir s'y fier pour les lapins, et ses observations ont été, en conséquence, exclusivement limitées à ces derniers animaux. La raison qui a conduit cet auteur à rejeter les lapins dans cette étude, m'a précisément poussé à choisir ces animaux : en effet, l'objet de mes expériences n'était point de déterminer une destruction marquée du sang, telle qu'elle se produit chez les chiens et les chats après l'injection même d'une faible dose de toluylendiamine, mais simplement de simuler le processus ordinaire à l'état de santé. Mon but n'a point été d'amener dans le sang un degré de changements capable de déterminer l'ictère ou l'hémoglobinurie, mais plutôt de produire une légère exagération du processus hémolytique, afin de rendre constatables les preuves d'une hémolysis habituellement cachée ou obscure. Je n'aurais pas pu atteindre ce but avec des agents destructifs tels que l'acide pyrogallique, la glycérine ou l'eau distillée, car, ainsi que je l'ai constaté plus tard, leur action destructive diffère totalement dans ses caractères de tout ce que l'on peut voir à l'état de santé; et tel est le cas avec les plus faibles quantités de ces substances. D'autre part, à l'aide du toluylendiamine j'ai pu reproduire toutes les preuves d'une hémolysis accrue sans causer le moindre trouble dans la santé de l'animal et sans amener des changements habituellement étrangers à ce processus à l'état sain (ictère, hémoglobinurie, etc...). Quand la dose

était petite, ces phénomènes comprenaient les légères modifications du sang que l'on peut voir parfois à l'état de santé, avec formation augmentée de pigment biliaire et dépôt plus marqué de pigment sanguin soit dans le foie, soit dans la rate, soit dans la moelle des os. Des doses plus considérables ont causé des modifications plus marquées, comprenant en plus de ce que je viens de signaler, quelques changements qu'on ne constate jamais à l'état sain, l'apparition d'un grand nombre de stromas et de « schatten » dans le sang, et des résidus de l'hémoglobine dans les urines (mais pas d'hémoglobinurie). En variant la dose je pouvais donc, chez le lapin, déterminer les degrés les plus variés de la destruction, ce à quoi je ne parvenais point chez le chien ou le chat, animaux pour lesquels la substance a une action toxique, indépendante de son action destructive du sang. Mes renseignements concernant les sièges de l'hémolysis, aussi bien que la nature probable de l'hémolysis en l'état de santé, ayant été obtenus à l'aide du toluylendiamine, je rappellerai les faits principaux que j'ai observés sur l'action de cette substance.

LA RATE EST LE SIÈGE PRINCIPAL DE L'HÉMOLYSIS ACTIVE.

1° Après l'injection de petites doses, les changements morphologiques indicatifs de l'hémolysis ne sont confinés qu'à la rate, et manquent partout ailleurs dans le sang, même au niveau du foie.

Expérience 80. — Lapin. 0 gr. 25 de toluylendiamine par kilogr. de poids injecté dans les veines; sacrifié deux jours après. Modifications nombreuses, granules et sphérules incolores en grand nombre, bourgeonnement des globules rouges, dans la rate et dans le sang de la veine splénique. Le sang du système porte est partout ailleurs normal.

2° Après une dose moyenne, les modifications atteignent le sang situé dans le foie; mais elles font encore défaut dans la circulation générale, aussi bien pendant la vie qu'après la mort.

Expérience 61. — Lapin. 0 gr. 66 de toluylendiamine par kilogr. de poids injectés dans les veines. Sacrifié le jour suivant. Pas de modifications dans le sang de l'oreille pendant la vie, ni dans le plasma ni dans les globules. Modifications bien marquées dans le plasma et dans les globules rouges de la rate, dans la veine splénique, de même dans le foie, mais non point dans les veines hépatiques, issues du foie ou dans le sang de la veine cave inférieure. Grande quantité de fer dans la rate, point dans le foie. Distribution analogue des modifications dans l'expérience 75.

3° Avec des doses encore plus considérables, les modifications s'étendent à la masse générale du sang, mais sont toujours le plus accentuées dans le sang porte, et surtout dans la rate.

Expérience 82. — Lapin. 0 gr. 80 de toluylendiamine par kilogr. Mort en seize heures. Grande majorité des globules rouges dans la rate et dans la veine splénique convertis en *schatten*; très peu de globules normaux. Dans le sang des veines mésentériques, très peu de *schatten*; majorité des globules normaux. Dans la veine *hépatique*, encore moins de *schatten*, et dans la veine cave au-dessus du foie les *schatten* sont extrêmement rares. La rate donne la réaction du fer très énergiquement; le foie, très faiblement. Distribution semblable dans les expériences 65 et 90 (chat) et 78 (lapin).

Ainsi, dans tous les cas, le degré le plus accusé des modifications a été constaté dans le sang du système porte, distingué de la circulation générale, et plus particulièrement dans la rate et dans la veine splénique. Si on avait toujours constaté ces modifications aussi bien dans le foie que dans la rate, on aurait pu rapporter leur existence en ces points à l'action de « nettoyage » que nous savons être dévolue à ces deux organes. Cependant, ainsi que je l'ai montré, les stromas et autres résidus des globules rouges, après l'injection d'eau distillée, se trouvent en la plus grande abondance dans le foie. Mais, dans les autres observations, la distribution des changements a été renversée, la rate se trouvant le siège principal et parfois exclusif des produits variés de désintégration. La variété et le nombre plus grands des preuves de l'hémolysis dans la rate, comparées à celles d'une hémolysis dans le foie ou partout ailleurs dans le sang, m'ont semblé signifier que cet organe est le siège d'une hémolysis active.

EFFETS DE L'ABLATION DE LA RATE.

Pour déterminer à quel point la rate peut être le siège d'une hémolysis active, ou, d'autre part, dans quel le limite cet organe n'agit que comme un agent éliminateur chargé de collecter du sang les débris variés qui y circulent, j'ai institué une série d'expériences semblables à celles que j'ai déjà décrites, la rate ayant été préalablement extirpée.

Cette opération a été parfaitement bien supportée par les animaux; elle n'a semblé les affecter que très peu. Dans mes premières expériences, j'ai attendu un ou deux jours après l'excision, avant d'injecter le toluylendiamine. Plus tard, quand j'ai eu constaté que l'opération était sans effet nuisible, j'ai injecté cette substance aussitôt après l'ablation de la rate. Les résultats de ces expériences dans de telles conditions me semblent être absolument remarquables. Je me suis rendu compte de l'action du toluylendiamine chez l'animal sain par 3 expériences pour lesquelles les doses ont été respectivement de 0 gr. 25, 0 gr. 66 et 0 gr. 80 par kilogr. de poids, doses que je puis appeler, pour notre commodité, petite, moyenne et forte.

1° *Après l'ablation de la rate, l'action destructive du toluylendiamine sur le sang des lapins, à petite et moyenne doses, est complètement abolie; elle est très diminuée par les fortes doses.*

Expérience 63. — Lapin. Ablation de la rate. Injection dans le sang de 0 gr. 60 de toluylendiamine par kilogr. de poids. Tué trois jours plus tard. Absolument aucun trouble pendant la vie. Aucune modification constaté dans le sang ou l'urine après la mort. Aucun résidu d'hémoglobine dans l'urine. Aucune réaction du fer soit dans le foie soit dans la moelle des os.

Expérience 69. — Lapin. Ablation de la rate. Injection dans le sang de 0 gr. 75 de toluylendiamine par kilogr. Tué le jour suivant. Aucune modification de quelque espèce que ce soit dans la circulation porte, la circulation générale, ou dans le foie. Ce dernier organe ne donne aucune réaction du fer. Urine libre d'hémoglobine ou de ses résidus pigmentaires.

La diminution de l'hémolysis par l'ablation de la rate est rendue évidente par d'autres moyens.

2° *La nutrition est moins affectée par le toluylendiamine*

chez les animaux privés de rate que chez les animaux normaux.

C'est ainsi qu'une dose de 0 gr. 66 par kilogr. chez l'animal sain a déterminé une perte de poids du corps de 150 gr. en deux jours (exp. 61); tandis qu'une dose de 0 gr. 66 par kilogr., suivie d'une dose de 1 gramme par kilogr. cinq jours après, chez un lapin privé de rate, de la même portée que le précédent, n'a déterminé qu'une perte de poids de 50 grammes (exp. 60). Par conséquent une dose trois fois plus élevée que dans le premier cas n'a amené qu'une perte de poids trois fois moindre chez un animal cependant affecté par une opération relativement grave. Deux autres expériences ont présenté un contraste peut-être plus frappant encore; chez un animal sain, une dose totale de 0 gr. 33 par kilogr. a été suivie d'une diminution de poids de 170 gr. (exp. 43); au contraire, chez un lapin privé de rate, et malgré l'opération, il y a actuellement gain de 200 grammes, dans la même période de temps, après administration de plus du double de la dose, c'est-à-dire 0,84 cent. par kilog.

Dans tous les cas, les conditions de nourriture solide et de boisson ont été semblables. Dans le groupe des expériences pratiquées sur des animaux sains, la dose de toluylendiamine a varié de 0 gr. 13 à 0 gr. 80 par kilogr., la moyenne de 17 observations étant de 0,36 par kilog. Chez les animaux privés de rate, la moyenne dans 8 observations a été de 0 gr. 64, les doses variant de 0 gr. 28 à 1 gramme par kilogr. Néanmoins tous les effets caractéristiques, du toluylendiamine comme agent hémolytique, qu'il s'agisse des modifications du sang ou de l'urine, ou des organes, ou du poids du corps, ou de la nutrition générale, se sont rencontrés beaucoup plus fréquemment et beaucoup plus nettement chez les animaux sains. Chez les animaux privés de rate, ainsi qu'on l'a vu, ces modifications étaient fréquemment absentes;

3° *L'ablation de la rate diminue la formation des pigments biliaires.*

Des doses de toluylendiamine qui, chez les animaux normaux, déterminaient une augmentation du flux biliaire et un accroissement de formation de pigments biliaires, se sont montrées sans effets dans le cas d'ablation de la rate (exp. 69 et 81, animaux privés de rate, vingt-quatre et quarante-huit heures après des prises de 0 gr. 75 et 0 gr. 80 par kilogr., respectivement. Pas de signes de polycholie. Dans l'expérience 61, au contraire, on constate chez l'animal sain, quarante-huit après une dose de 0 gr. 66 par kilogr., et mieux encore dans l'expérience 80, quarante-huit heures après une dose de 0 gr. 25 par kilogr., une quantité considérable de bile vert foncé);

4° *L'ablation de la rate altère le caractère de l'hémolysis ultérieure, la rend plus lente et plus chronique.*

Ainsi que je l'ai montré, il n'existe pas de preuve plus évidente de la mort graduelle des globules rouges que la présence de grosses cellules pigmentaires dans les capillaires du foie ou dans la rate, de même qu'il n'y a pas de signe plus frappant d'une hémolysis plus aiguë, comprenant la libération de l'hémoglobine dans le plasma, que la présence de pigment dans l'intérieur des cellules hépatiques. Or, ce que je constate après l'injection de toluylendiamine à des lapins privés de rate est qu'on trouve de grosses cellules pigmentaires dans les capillaires du foie en une variété et un nombre tels qu'on ne le voit jamais chez des animaux sains (exp. 89.)

Ces expériences me semblent établir deux choses; d'abord l'importance de la rate comme un des sièges, sinon le siège principal, de l'hémolysis active; et ensuite, le rôle relativement secondaire du foie à ce point de vue. Elles montrent très clairement, je crois, combien peu de valeur doit être attachée à la présence du pigment sanguin dans les cellules hépatiques en tant que la preuve que l'hémolysis s'est faite dans cet organe; en effet, ainsi qu'on l'a vu, c'est précisément en ce point qu'on constate parfois un excès considérable de pigment comme résultat de l'action du toluylendiamine. Il devient maintenant évident combien peu les cellules hépatiques ou même les capillaires du foie ont à faire avec la destruction ainsi déterminée, du moment que l'ablation de la rate peut l'arrêter absolument.

Je conclus en conséquence que le pigment trouvé dans les cellules hépatiques dans ces cas dérive de l'hémoglobine rendue libre dans l'intimité de la rate. Je ne puis comprendre une autre façon d'interpréter les faits. Le foie, au lieu d'être le siège d'une hémolysis active, n'a donc été préposé à l'élaboration que de quelques-uns des produits de cette hémolysis, en particulier de l'hémoglobine. Je ne puis faire autrement que conclure que l'importance du foie dans l'hémolysis, en ce qui concerne les modifications destructives du sang, a été beaucoup exagérée. Son rôle garde cependant une importance réelle, puisqu'il a trait à l'élimination de l'hémoglobine et sans doute d'autres produits, ainsi mis en liberté; il s'oppose ainsi à leur passage dans la circulation générale.

(A suivre.)

REVUE CRITIQUE

TABES ET PARALYSIE GÉNÉRALE.

La question indiquée dans le titre qui précède a déjà fourni matière à de nombreuses controverses, soit en France, soit à l'étranger. Nous-même l'avons traité incidemment, dans ce journal, à propos d'une discussion poursuivie au sein de la Société médicale des hôpitaux. Mais cette question est encore d'actualité, et par conséquent mérite de fixer l'attention de la critique. Du reste, elle est depuis longtemps l'objet des préoccupations des neuro-pathologistes, et elle a inspiré de nombreux travaux, tous remarquables à divers titres. Parmi ces derniers, nous citerons de préférence un des plus récents, celui de M. le Dr Nageotte, comme un de ceux qui reflètent le mieux l'état de la science sur un sujet particulièrement difficile. De fait, l'auteur a puisé les matériaux de son étude aux meilleures sources, et notamment il s'est inspiré de l'enseignement de son maître Raymond, dont la compétence en pareille matière fait depuis longtemps autorité. Ses conclusions peuvent donc être considérées comme l'expression la plus exacte des opinions actuellement professées vis-à-vis d'une question bien souvent agitée et très diversement résolue.

Il convient d'abord de rappeler que l'association du tabes et de la paralysie générale avait attiré l'attention depuis longtemps, avant même que la science fût fixée sur l'individualité respective des deux maladies. Mais les premiers observateurs qui ont décrit celles-ci, ont montré une certaine préoccupation de maintenir leur isolement et d'empêcher une assimilation qui pouvait diminuer légèrement l'importance de leur conception. Amour-propre d'auteur, peut-être, de la part de quelques-uns ;

mais plutôt sincérité dans les convictions résultant de l'effort créateur de leur esprit ! C'est ainsi que Duchenne s'empresse de séparer l'ataxie locomotrice, ce type si bien dégagé par lui, de ce qui pouvait s'en rapprocher ; que Baillarger persiste à affirmer l'indépendance nosologique de la paralysie générale, nonobstant la coïncidence fréquemment constatée de symptômes d'ordre médullaire tout à fait semblables à ceux du tabes dorsalis; que Grisolle proteste contre toute tentative d'assimilation entre l'ataxie locomotrice et la paralysie progressive. Il faut revenir à une date plus récente pour trouver les premières tentatives d'unification. A cette dernière période, presque contemporaine, se rattachent les noms de MM. Jaccoud, Westphal, Topinard, Foville, Magnan. Plus près de nous, la question a fait un pas de plus avec les recherches de MM. Fournier, Raymond, Pierret, et l'on peut constater chez ces observateurs une certaine conformité de vues, à peine troublées par quelques divergences. Actuellement, cette question est nettement posée, et l'on est fondé à croire qu'elle sera résolue prochainement et définitivement dans le sens de l'affirmative.

Quand on veut l'étudier d'un peu près, on sent de suite la nécessité d'établir des catégories et des divisions, sans lesquelles il y aurait risque de malentendu et de confusion. M. Nageotte, l'auteur du mémoire signalé plus haut, a compris cette nécessité qui l'a conduit à établir trois catégories suffisamment tranchées : 1° cas où la paralysie débute après le tabes; 2° cas de paralysie générale débutant simultanément avec le tabes et évoluant parallèlement avec lui : 3° cas où le tabes survient après le début de la paralysie générale. On considère généralement les cas de la dernière catégorie comme beaucoup plus nombreux que ceux qui sont marqués par le rapport inverse. Il s'en faut pourtant que l'on puisse formuler à cet égard une appréciation numérique certaine. Il y a de nombreuses causes d'incertitude, dont la principale réside dans l'insuffisance des observations citées, dans leur manque de précision, etc.. M. Nageotte fait remarquer en effet assez justement que, chez bon nombre de malades, la lésion médullaire avait réellement précédé la lésion cérébrale : seulement les symptômes révélateurs en étaient un peu vagues, obscurs, effacés, ou bien masqués par les symptômes mieux caractérisés de la périencéphalite. La difficulté n'est pas aussi aisée à résoudre que l'on pourrait croire, attendu qu'il existe des formes de transition et des nuances insensibles entre les deux maladies, si bien que l'interprétation de leurs rapports réciproques devient un peu arbitraire et sujette à caution. Une difficulté analogue se présente quand il s'agit de déterminer exactement le nombre des tabétiques qui versent dans la paralysie générale. Une opinion courante, qui ressemble à un préjugé, veut que l'ataxie se complique rarement de symptômes cérébraux. Mais ici encore il convient d'introduire des réserves, motivées par ce fait que le moment précis d'apparition des symptômes d'ordre encéphalique est presque toujours méconnu. Puis il y a une autre question plus importante et qui a été diversement résolue: celle de savoir s'il y a identité entre les symptômes médullaires des paralytiques généraux et le véritable tabes, et inversement, si les phénomènes d'ordre encéphalique notés au cours de l'ataxie se rattachent réellement et constamment à des lésions de périencéphalite diffuse.

Ce dernier côté du débat n'est certes pas le moins intéressant. On trouve, en ce qui le concerne, des affirmations très diverses, voire même opposées, ainsi que l'on pouvait s'y attendre. Cette divergence peut tenir à ce que les observateurs se sont placés à des points de vue différents pour juger la question. Ainsi bon nombre d'entre eux s'arrêtent au diagnostic de paralysie générale, ou se contentent de relever la fréquence des troubles psychiques et cérébraux chez les tabétiques. Topinard, après avoir décrit ces troubles, se borne à les catégoriser sous le nom de « forme cérébrale de l'ataxie » : Benedict n'y voit que l'expression clinique d'une lésion simultanée de l'écorce. D'autres attribuent les phénomènes d'ordre cérébral au retentissement éloigné des symptômes médullaires, en particulier à la douleur, qui agirait sur le moral dans le sens de vésanie, d'hypochondrie, de tristesse : ou bien à l'abus de la morphine, vers lequel la plupart des tabétiques inclinent presque fatalement. Nous pourrions encore faire un choix parmi les opinions exprimées à ce sujet. Mais cette énumération n'avancerait pas la question d'un pas. Il est préférable, si l'on ne peut résoudre celle-ci, d'adopter une interprétation mixte, qui représente en quelque sorte une moyenne. C'est ce que M. Nageotte a fait sagement, et il conclut en disant que, selon toute vraisemblance, les troubles cérébraux du tabes sont bien d'ordre paralytique, et qu'il est inutile de leur attribner des origines multiples, alors que l'hypothèse de la périencéphalite concomitante suffit à tout expliquer. Inversement les symptômes d'ordre médullaire qui compliquent si souvent l'affection cérébrale doivent être mis sur le compte d'une lésion tabétique, c'est-à-dire d'un sclérose systématisée des cordons postérieurs. Du reste l'anatomie pathologique vient ici en aide à la clinique, et apporte avec elle un faisceau de preuves presque décisives.

Dans l'espèce, il s'agit surtout de démontrer que la topographie des lésions est bien celle du tabès d'une part, de la périencéphalite d'autre part. Cette démonstration importe plus que la détermination exacte de la nature, ou plutôt de la forme histologique de la lésion, attendu que, en matière de pathologie nerveuse, les altérations les plus diverses peuvent donner naissance à des symptômes identiques. Dans cet ordre de faits, M. Nageotte expose les relations détaillés de deux autopsies, l'une appartenant à M. Dejerine, l'autre à M. Raymond. De cet exposé il croit pouvoir conclure hardiment que la lésion des cordons postérieurs chez les paralytiques généraux est bien la véritable lésion du tabes, car elle présente la même topographie et la même systématisation. La constatation de certaines lésions concomitantes un peu anormales, comme la dégénérescence du faisceau pyramidal et la myéline diffuse ne saurait suffire à différencier le processus, considéré dans son ensemble, de celui qui caractérise le tabes franc. En effet, la première dépend de la lésion cérébrale, dont elle est en quelque sorte une irradiation descendante, et la seconde se voit aussi chez les tabétiques ordinaires et à des degrés variables. Réciproquement les altérations méningo-cérébrales que l'on rencontre chez nombre de tabétiques répondent assez exactement à la description anatomo-pathologique de la périencéphalite. Ces altérations sont même assez fréquentes pour que l'on ait pu soutenir (Raymond) que les troubles cérébraux des ataxiques se rattachent toujours à la paralysie générale. Toutefois cette dernière opinion mérite quelques restrictions et réserves. On peut se demander s'il s'agit bien de paralysie générale véritable, bien que l'extrême variabilité des altérations des méninges et de l'écorce dans la périencéphalite enlève à cette question un peu d'importance? Mais la notion à retenir, c'est que les deux ordres de lésions coïncident fort

souvent, fait qui est à lui seul un argument des plus sérieux en faveur de l'unité nosologique des deux maladies.

Si maintenant, nous passons sur le terrain de l'étiologie, nous y rencontrons encore des raisons qui militent en faveur de la même thèse. Seulement ici les preuves sont plus difficiles à fournir, et il faut faire une part plus large à l'interprétation personnelle. Actuellement, il y a une tendance générale à chercher dans la doctrine de l'infection, l'explication de certaines lésions viscérales qui échappent aux causes morbifiques ordinaires (refroidissement, traumatisme). C'est dans cet ordre d'idées que les pathologistes ont cru pouvoir trouver la clef du problème, notamment en ce qui concerne cette grande classe d'affections nommées les scléroses cérébro-médullaires. En particulier, l'hypothèse de l'infection syphilitique a trouvé de nombreux partisans, parmi lesquels figurent les noms les plus accrédités de la science médicale française ou étrangère. C'est principalement à l'aide des chiffres que l'on a voulu démontrer cette relation entre la syphilis d'une part, la paralysie générale et le tabes d'autre part. Les statistiques ont donné des résultats très divers, et on constate de grands écarts dans les proportions fournies par le pourcentage. Néanmoins, un fait se dégage de l'examen comparatif des divers tableaux : c'est la fréquence de la syphilis dans les antécédents des tabétiques. Il y a sur ce point, consensus général de toutes les statistiques. Cette fréquence paraît moindre quand il s'agit de la paralysie générale, et l'écart entre les statistiques est ici plus marqué. Il est vrai que certains auteurs, parmi lesquels M. Fournier, repoussent l'identité de la paralysie générale ordinaire et de l'encéphalite syphilitique et cherchent à séparer ces deux maladies, ce qui serait une manière de tourner la difficulté. Mais cette dernière opinion trouve des opposants convaincus chez d'autres observateurs non moins autorisés, qui repoussent une distinction non justifiée par la clinique. Toujours est-il que la syphilis est considérée maintenant comme la cause pathogénique principale. Il y a pourtant de nombreuses objections dont quelques-unes n'ont pas encore été suffisamment réfutées : par exemple, celle tirée de la systématisation des lésions chez les tabétiques, fait qui serait contradictoire de l'allure habituelle de la syphilis viscérale. Puis celle qui vise l'impuissance habituelle et reconnue du traitement spécifique. Ce sont là deux objections fondamentales auxquelles il n'a pas été fourni encore de réponse satisfaisante. M. Nageotte a bien essayé une réfutation, mais son plaidoyer laisse subsister des doutes. Il est vrai que notre jeune confrère admet simultanément l'influence de l'hérédité, explication qui ne fait guère que reculer le problème de l'étiologie, et celle de la prédisposition, à laquelle on peut adresser le même reproche. L'exemple tiré des phénomènes de l'ergotisme nous paraît également de peu de valeur, car les accidents nerveux signalés au cours de cette intoxication diffèrent par trop de points essentiels de ceux du tabes et de la paralysie générale.

En résumé, nous devons conclure que le tabes et la périencéphalite sont deux maladies fréquemment associées, et que ces deux maladies paraissent être de même nature, c'est-à-dire identiques dans leur essence et dans leurs causes. Telle est la notion qui se dégage des travaux récents et que l'on peut croire appelée un jour à devenir une vérité médicale définitive. La démonstration de celle-ci n'est sans doute qu'une affaire de temps et de perfectionnement dans les méthodes techniques usitées jusqu'à présent.

P. MUSELIER.

REVUE DES JOURNAUX

CONTRIBUTIONS A L'HISTOIRE DE LA PARALYSIE ARSENICALE

(Suite et fin) (1).

IV. — CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'EMPOISONNEMENT ARSENICAL, par le Dr GUMPRECHT. (*Deutsche medicin. Wochenschrift*, 1893, n° 5, p. 99.)

V. — SUR LA PARALYSIE ARSENICALE, par A. ERLITZKI et RYBALKIN. (*Archiv für Psychiatrie und Nervenkrank*, 1892, t. XXIII fasc. 3, p. 861.

IV. — Gomprecht publie l'observation d'un jeune homme de 20 ans, qui avait subi plusieurs opérations nécessitées par une ostéomyélite du fémur ; finalement on lui avait amputé la cuisse malade. De désespoir il fit une tentative de suicide ; il absorba une poudre blanche, d'une saveur sucrée, portant l'étiquette de poison. Une demi-heure après il fut pris de nausées, de vomissements, de douleurs à l'épigastre, d'une grande prostration. Les matières vomies répandaient une odeur d'œufs pourris.

Le malade a eu ensuite une violente diarrhée avec douleurs atroces dans le ventre, soif vive, salivation. P. 14, t. 38°2, R. 30. Urines rares, limpides, contenant une grande quantité d'albumine, quelques cylindres granuleux, de nombreux débris épithéliaux ; pas de sang. La sensibilité et la motilité étaient normales. Abolition des réflexes patellaires et crémastériens. La réaction pupillaire était conservée. On diagnostique un empoisonnement arsenical. On institue un traitement en conséquence.

Dans la nuit (du 9 au 10 novembre) le malade a eu des vomissements incessants, et quatre selles diarrhéiques, sans mélange de sang ; urines très rares ; albuminurie. L'examen des matières vomies, des excréments et des urines, le tout mélangé, fait constater la présence de l'arsenic. Dans l'après-midi, l'anurie, la diarrhée et la salivation s'arrêtent complètement. Le pouls était imperceptible, 126. En plusieurs endroits, la peau présente une coloration d'un rouge bleuâtre. Une pression exercée sur les téguments laisse une trace qui persiste pendant une minute et plus longtemps. Le malade est dans l'abattement, il délire. Trente-six heures après l'empoisonnement il succombe.

L'auteur a résumé dans les conclusions suivantes les réflexions que lui a suggérées ce fait clinique :

Une influence exercée par l'arsenic sur le système vasculaire n'est pas niable ;

L'action délétère exercée par l'arsenic sur les reins est rapide ; déjà neuf heures après l'empoisonnement elle s'est révélée par l'apparition de l'albuminurie, de cylindres épithéliaux, de cellules épithéliales dans les urines ;

Sur des préparations durcies, le rein, dans les cas d'empoisonnement arsenical, présente comme premières altérations appréciables, une desquamation de l'épithélium qui tapisse les canalicules des papilles, une distension de ces mêmes canalicules et un aplatissement de leur épithélium.

Pour la recherche de l'arsenic, il ne faut pas utiliser uniquement les matières vomies, mais encore les urines et les matières fécales.

Dans les cas qui ne sont pas très récents, les antidotes de

(1) Voir la *Gazette médicale*, n° 10, 1893.

l'arsenic et le lavage de l'estomac n'ont pas grande efficacité.

En somme, dans le cas de M. Gomprecht, l'empoisonnement a suivi une marche trop aiguë, pour que des accidents de paralysie motrice aient eu le temps de se montrer. Mais encore a-t-on noté l'abolition du phénomène du genou, ce qui offre de l'intérêt, étant donné que les troubles moteurs engendrés par l'intoxication arsenicale se rattachent à l'étude du pseudo-tabes.

V. — A. Erlicki et Rybalkin ont publié une première observation de paralysie arsenicale chez une femme de 34 ans. Deux mois avant son entrée à l'hôpital, cette femme avait avalé par erreur une poudre arsenicale. Elle avait présenté des accidents de gastro-entérite, et plus tard des phénomènes de paralysie motrice.

Au moment de l'entrée de la malade à l'hôpital, on a noté en fait de principaux symptômes : des phénomènes de paresthésie (sensation de picotement) dans les membres inférieurs ; de l'amnésie, de la paralysie avec atrophie des extrémités des membres ; l'abolition des réflexes patellaires et des réflexes cutanés ; les signes de la réaction de dégénérescence dans les membres paralysés. Les muscles et les nerfs étaient très douloureux à la pression.

La malade a été traitée par les bains chauds, par la galvanisation des centres nerveux et des nerfs périphériques, par l'administration interne de la strychnine.

Au bout de deux mois, on constatait une amélioration très nette. La malade a quitté l'hôpital après un séjour de neuf mois et demi. Elle conservait de la contracture de la main droite et du pied droit (des dessins annexés au mémoire des auteurs représentent la déformation des membres, résultant de cette contracture) ; elle ne pouvait pas encore se tenir d'aplomb sur sa jambe droite sans être soutenue. Les réflexes patellaires étaient revenus. Il subsistait de l'atrophie des interosseux. La pression des nerfs et des muscles était encore très douloureuse.

Une seconde observation, relatée par les deux auteurs, est celle à laquelle nous avons fait allusion plus haut. Elle concerne une femme de 50 ans, entrée à l'hôpital avec des phénomènes de gastro-entérite aiguë. Elle avait des douleurs assez violentes dans les membres. Puis, est survenue de la faiblesse qui a dégénéré en paralysie. On a constaté un émoussement de la sensibilité aux membres inférieurs. Plus tard encore la malade a présenté des troubles de la conscience, de la paralysie motrice avec atrophie musculaire aux membres supérieurs et aux membres inférieurs, l'abolition des réflexes patellaires, l'abolition de l'excitabilité électrique de certains nerfs. La malade se plaignait de douleurs assez vives dans les membres ; la pression des muscles des jambes et des pieds était très douloureuse.

Une amélioration progressive s'était déclarée, lorsque la malade fut emportée par une pleuro-pneumonie. Précédemment une enquête médico-légale avait établi que la malade avait été victime d'un empoisonnement arsenical.

En somme, chez ces deux malades, la paralysie motrice a débuté une dizaine de jours après l'empoisonnement. Dans les deux cas elle a atteint son maximum de la quatrième à la sixième semaine. Dans les deux cas elle a présenté la même distribution, prédominant aux extenseurs des membres (sauf dans la seconde observation, où, aux bras du moins, les fléchisseurs étaient plus atteints que les extenseurs). Dans les deux cas, la paralysie a eu une durée très longue, et sa marche régressive a été la même, du centre vers la périphérie. Dans les deux cas, les mains et les pieds ont été envahis par une contracture qui a imprimé aux doigts une déformation sensiblement la même. Dans les deux cas, la paralysie s'est accompagnée d'une atrophie musculaire, de douleurs très vives et de phénomènes de paresthésie, les douleurs spontanées ou provoquées affectant la même distribution. Dans les deux cas on a noté l'abolition des réflexes patellaires et des modifications similaires de l'excitabilité électrique des nerfs et des muscles. Bref, ces deux observations démontrent que la paralysie arsenicale a bien quelque chose de *sui generis*.

Quant aux lésions révélées par l'examen des centres nerveux de la seconde malade, elles peuvent se résumer dans ces quelques mots : névrites périphériques ; altérations trophiques de la substance grise des colonnes antérieures de la moelle, sur toute la longueur du névraxe, mais principalement dans les renflements. Le nombre des cellules ganglionnaires était diminué ; la plupart de celles qui restaient étaient très diminuées de volume, leur protoplasma altéré, etc. Les deux auteurs se sont étendus sur la description de ces altérations trophiques, dont le rôle pathogénique est attesté, suivant eux, par les troubles psychiques qu'on a constatés chez les deux malades.

E. RICKLIN.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

LEÇONS CLINIQUES SUR LES MALADIES DES ENFANTS, faites à l'hôpital de Montpellier (1889-1892), par le Dr LÉOPOLD BAUMEL, professeur agrégé à la Faculté de médecine, chargé du cours de clinique des maladies des enfants, membre du Conseil général d'hygiène et de salubrité du département de l'Hérault (G. Masson, éditeur, Paris, 1893.)

M. Baumel nous donne un résumé de son enseignement de trois années à la clinique des enfants (hôpital général de Montpellier). Ce volume contient 35 leçons ayant trait aux maladies des divers appareils organiques relatives à la croissance, à la dentition, au sevrage, à l'alimentation, au développement, etc., ou susceptibles de présenter une symptomatologie, une évolution, une fréquence particulière à l'enfance.

M. Baumel, dans sa première leçon, insiste sur l'extrême fréquence des accidents de la dentition et sur leur importance ; ceci dit, en souvenir des discussions que ces accidents ont dernièrement soulevées à l'Académie de Médecine. Il signale, comme complications, l'oïdium albicans qui se développe souvent à l'époque de l'évolution dentaire, diverses éruptions cutanées, des troubles digestifs et nerveux, etc., etc.

La troisième leçon est consacrée à la gastro-entérite alimentaire, la quatrième au *gros ventre*. Celle-ci doit nous arrêter un instant. L'auteur présente un enfant offrant le tableau le plus complet de la misère physiologique ; entre autres caractères, son ventre est énorme. Le chapitre relatif à cette maladie, dit M. Baumel, manque dans tous les ouvrages classiques. Ce qu'on appelle le *carreau*, n'est, à son avis, que la seconde période de cette affection. Il s'agit là d'une suite d'une alimentation vicieuse par excès de quantité ; on force les enfants à manger ; la nourrice leur donne trop souvent le sein pour les empêcher de pleurer. Il en résulte une fatigue et une dilatation de l'estomac : gastro-entérite aiguë ou chronique accom-

pagnée d'une augmentation assez considérable du foie et de la rate.

A une seconde période, la première cédant assez aisément à une alimentation judicieuse, se développe le carreau ou adénite mésentérique.

Nous ne nous arrêterons sur la cinquième leçon, traitant de la fièvre typhoïde, que pour signaler l'opinion de M. Baumel qui rejette la méthode de Braud, au moins dans son application rigoureuse et qui n'attribue pas au sulfate de quinine tout l'effet qu'on lui a supposé bien souvent.

Passons à la onzième leçon; elle est intitulée: La grippe simulant la dothiénentérie et la tuberculose aiguë. Elle a été inspirée par un petit malade ayant présenté des symptômes fébriles graves, et des symptômes locaux du côté des poumons; de plus, une endocardite. M. Baumel a hésité longtemps entre une dothiénentérie et une tuberculose. La suite a montré que l'enfant avait été atteint de grippe. L'étude de ce cas est vraiment fort intéressante.

Le cas de sclérème du nouveau-né (seizième leçon) doit être cité; elle est d'une grande clarté, il en est de même de la quatorzième leçon (des cardiopathies chroniques) et de la vingtième (maladie de Friedreich). Dans la trente-deuxième (incontinence nocturne d'urine), on trouvera des aperçus personnels présentant un réel intérêt.

Toutes ces leçons sont exposées sous forme de causerie clinique qui en rendent la lecture fort attrayante, et par suite, instructive. M. Baumel nous semble avoir atteint le but qu'il nous expose dans sa préface: « Etre simple et utile ».

R. F.-M.

Sur un streptocoque, par le Dr Félix Marot, préparateur attaché au laboratoire de la Clinique des Enfants malades. (Sociétés d'éditions scientifiques, Paris, 1893.)

M. Marot a remarqué, d'après quelques recherches antérieures, que le mode de culture sur la pomme de terre peut servir de base au groupement des diverses catégories des streptocoques, et, par suite, devient utilisable pour le diagnostic bactériologique.

Parmi les streptocoques qui se développent bien sur la pomme de terre, un d'eux paraît assez fréquent dans la bouche; M. Marot l'a trouvé en particulière abondance dans certains cas d'angine pultacée et se demande s'il n'y a pas lieu de l'incriminer, dans une certaine mesure, dans ces cas.

R. F.-M.

Manuel pratique de médecine mentale, par E. Régis. — Deuxième édition. — Oct. Doin, 1892.

Le chaleureux accueil fait par le public médical au livre de M. Régis nous dispensera de faire l'éloge de la seconde édition qui vient de paraître. Elle est conçue sur le même plan que la première mais s'en distingue par des articles nouveaux qui ont surtout trait à l'influence des maladies générales sur le développement et la marche des maladies mentales. Les deux chapitres consacrés aux folies des maladies infectieuses et aux folies des diathèses ont un grand cachet d'originalité et dénotent, de la part de l'auteur, le désir d'appliquer à l'étude de l'aliénation mentale les données scientifiques fournies par la médecine générale. M. Régis pense que, dans bien des cas, la folie n'est que l'expression symptomatique d'une infection ou d'une diathèse au même titre qu'une affection du cœur, du foie ou des reins.

J'ai défendu les mêmes théories à plusieurs reprises et je suis en parfaite communion d'idées avec M. Régis quand il dit que l'arthritisme peut être considéré comme le terrain sur lequel se développent la plupart des maladies mentales et nerveuses. Les causes occasionnelles que l'on a coutume de considérer comme déterminantes de la folie ne peuvent agir qu'à la condition de s'adresser à un organisme préparé par l'hérédité, non pas l'hérédité nerveuse qui manque souvent, mais l'hérédité arthritique qui ne fait presque jamais défaut.

Il faut citer aussi comme reflétant avec netteté les plus récents travaux sur la question, les chapitres sur les neurasthénies, et sur la folie héréditaire des dégénérés que M. Régis appelle phrénasthésie. Peut-être peut-on lui reprocher de ranger dans la catégorie des neurasthéniques certains malades que l'on eût plus volontiers cru atteints de la folie du doute; mais la limite entre la neurasthénie et la folie héréditaire est encore indécise et il est possible, bien que je ne le croie pas, que plus tard on les identifie l'une et l'autre. La neurasthénie me paraît être beaucoup plus une manifestation de surmenage physique et surtout intellectuel, le résultat d'une sorte d'intoxication lente du système nerveux, qu'une folie héréditaire. Elle aussi est souvent d'origine arthritique mais la communauté de terrain n'implique pas l'identification.

Le livre de M. Régis peut être consulté avec fruit par tout le monde, par le médecin peu au courant de la médecine mentale et qui veut s'instruire dans cette science, car il y trouvera des descriptions claires et méthodiques, et par le spécialiste qui veut se rendre compte des progrès de ce qui a été écrit de plus nouveau sur les questions qui l'intéressent. Le succès de la première édition est un sûr garant de celui de la seconde et nous espérons que le public médical continuera à donner sa faveur à un ouvrage qui est un modèle du genre.

Georges Lemoine.

Notes bibliographiques.

E. Martin. — L'opium; les abus; fumeurs et mangeurs d'opium; morphinomanes. (Société d'éditions scientifiques). — Jusqu'ici tous les travaux ont exposé le rôle politique, économique et social que jouent les abus de l'opium. Le côté hygiénique a suscité des controverses qui ne pouvaient prendre fin qu'au jour où la question serait soumise à l'expérimentation. C'est ce qu'a fait M. E. Martin. Et sa conclusion est formelle: l'opium est un poison de l'organisme, un poison moral, un poison social.

A. Bergé. — Guide de l'étudiant à l'hôpital. (G. Masson). — Résumé court des notions pratiques utiles à l'étudiant en médecine qui commence à fréquenter l'hôpital. Epargnera au débutant bien des petites difficultés.

Ad. Ollivier. — Pratique de l'accouchement normal. (G. Masson). A signaler, un bon chapitre sur les premiers soins à donner à la mère et à l'enfant.

A. Auvard. — Formulaire obstétrical illustré. (Rueff et Cie.) — Ce n'est pas là qu'un ignorant pourra apprendre l'obstétrique, mais le médecin y trouvera une sorte de mémorandum qui lui remémorera rapidement la conduite à tenir dans tel cas déterminé.

R. du Castel. — Tuberculoses cutanées. (Rueff et Cie.) —

Très scientifique. Uniquement fait pour les médecins. Lire le chapitre : Traitement, qui est très pratique.

H. Luc. — Névropathies laryngées. (Rneff et Cie.) — L'étude des névroses du larynx peut éclairer le diagnostic de plusieurs maladies du bulbe et de la moelle épinière. C'est une manière pour la laryngologie de rentrer dans la médecine générale. A ce titre, cet ouvrage sera utile aux médecins.

Gougenheim. — Cours de physiologie et d'hygiène de la voix. (Société d'éditions scientifiques.) — C'est un cours fait au Conservatoire, très savant et très pratique à la fois, où les gens du monde aussi bien que les médecins trouveront beaucoup de choses à apprendre. Sera lu par tous ceux qui chantent ou parlent en public.

L. Meunier. — Les trois livres de Jérome Fracastor. (Société d'éditions scientifiques.) — J. Fracastor, médecin de la première moitié du XVIe siècle, pressentit l'œuvre du Pasteur. Il posa le problème de l'infection et des germes, — les microbes d'aujourd'hui — et tenta de le résoudre. — Ecoutez cette phrase prophétique : « Ce qui caractérise les fièvres pestilentielles..., ce sont des infiniment petits qui ne tombent pas sous nos sens, qui naissent dans notre corps ou y sont apportés du dehors, l'infectent, et vont reproduire, — germes de la contagion, — une maladie absolument semblable chez un autre individu ». — Il n'y a rien de nouveau sous le soleil ! N'importe, c'est agréable à rendre justice à un inventeur, fût-ce trois cent-cinquante ans après sa mort !

A. R.

BULLETIN

Sommaire. — Résistance remarquable des animaux de l'espèce caprine aux effets de la morphine. — Le pancréas et les centres nerveux régulateurs de la fonction glycémique. — Quatre infections distinctes chez un chien diabétique. — Elections à l'Académie de médecine.

— Nombreuses sont les preuves qu'il ne faut pas toujours conclure des animaux à l'homme. M. Guinard a présenté à l'Académie des sciences une nouvelle confirmation de cette proposition. Il s'agit de la résistance remarquable des animaux de l'espèce caprine aux effets de la morphine, en effet, ces animaux peuvent recevoir plus de mille fois (soit 2 grammes) la dose hypnotique normale pour l'homme non accoutumé (soit 0,02 centigrammes), sans en ressentir trop de gêne. La morphine qui, à bon droit, est considérée comme un modificateur cérébral, semble, chez la chèvre, avoir perdu cette propriété, et ne paraît pas avoir de prise, en tant que narcotique, sur le cerveau de cet animal. Ceci est d'autant plus remarquable que, parmi les herbivores domestiques, les chèvres sont des êtres à intelligence supérieure ; c'est certainement chez elles que les manifestations intellectuelles sont les plus développées et les plus expressives. Or, comme nous l'avons dit, M. Guinard a constaté chez ces animaux hantement morphinisés la conservation intégrale de l'intelligence.

— La théorie pancréatique du diabète, brillamment défendue par M. Lancereaux et par son élève Thiroloix, vient de recevoir un nouvel appui dans la communication récente de MM. Chauveau et Haufmann à l'Académie des sciences.

L'hyperglycémie résulte, disent-ils, toujours d'une suractivité du foie ; quel est le mécanisme de cette suractivité. Il faut considérer deux choses, à ce point de vue, le diabète passager produit par la piqûre du plancher du quatrième ventricule, et celui produit par l'ablation du pancréas. Ce dernier fait démontre d'une façon saisissante ce que certains faits cliniques permettaient déjà d'entrevoir vaguement, à savoir que le pancréas est un frénateur du foie, un modérateur de sa fonction.

Il serait trop long de reproduire ici par quelles voies s'opère ce rôle modérateur ; disons seulement que le foie et le pancréas doivent posséder des nerfs excito-sécréteurs (nerfs vaso-constricteurs ou vaso-dilatateurs, suivant les cas) comme les autres glandes, nerfs dont il s'agit de chercher dans l'axe cérébro-spinal les centres cellulaires.

C'est à quoi les auteurs de cette note se sont attachés. Ils ont pratiqué sur des chiens à jeun la section de la moelle épinière près de son union avec le bulbe rachidien et ont étudié ses effets sur la fonction glycogénique. Ils sont arrivés aux conclusions suivantes :

1° L'action frénatrice que le pancréas exerce sur l'activité glycosoformatrice du foie paraît être sous la dépendance d'un excito-sécréteur des cellules chargées de la sécrétion interne du pancréas ;

2° Ce centre est situé dans la partie encéphalique de l'axe médullaire ;

3° L'activité glycoso-formatrice des cellules hépatiques semble régie par un centre excito-sécréteur situé dans une des régions de la moelle épinière.

4° L'action frénatrice du pancréas a chance de s'exercer sur ce centre excito-sécréteur plutôt que sur le foie lui-même.

MM. Chauveau et Kaufmann ont étudié, par comparaison, les effets de la piqûre du quatrième ventricule. Ils ont été amenés à considérer la piqûre du quatrième ventricule comme une opération qui irrite passagèrement le centre sécréteur du pancréas ; de plus, c'est dans le bulbe rachidien qu'il faut placer le siège du centre excito-sécréteur du pancréas.

Ces observateurs disent enfin qu'il y a dans le bulbe rachidien un centre exciteur du pancréas et un centre frénateur du foie. Un autre excitateur de ce dernier existe dans la moelle épinière.

La sécrétion pancréatique « interne », à part le rôle indéterminé qu'elle peut remplir en agissant directement sur le foie, excite le frénateur de la glande hépatique et en modère l'excitateur.

Donc, la suppression du pancréas amoindrit l'activité du frénateur hépatique et augmente celle de l'excitateur. C'est peut-être parce que cette double action se produit que le trouble de la fonction glycémique, déterminé par la suractivité du foie, est si accentué et si grave chez les sujets privés de pancréas.

Si la section bulbaire ne trouble pas la fonction glycémique aussi profondément que le fait la suppression du pancréas, c'est que cet organe, quoique soustrait à l'influence de son centre excitateur, n'est, sans doute, pas absolument paralysé et peut, par sa sécrétion interne, continuer à exercer une certaine action modératrice sur le centre excito-sécréteur du foie.

— On sait que certains animaux sont réfractaires normalement à des infections qui frappent l'homme. Le terrain n'est pas favorable à ces cultures microbiennes ; qu'il soit modifié

et les infections deviennent possibles. C'est ce que démontre le fait qu'ont signalé à la Société de biologie MM. Charrin et Gley.

Il s'agit d'un chien devenu diabétique à la suite de l'ablation du pancréas. Un mois avant sa mort, survenue par cachexie, s'est développée une kérato-conjonctivite, due au staphylococcus albus. A la suite d'une saignée au niveau de l'artère fémorale, le semaine précédant la fin, a apparu un phlegmon au pli de l'aine, contenant un bacille se rapprochant du bacterium coli par quelques points, s'en éloignant par d'autres. A l'autopsie on a découvert des masses caséeuses et dans le péritoine seulement; dans ces adénites, existaient le bacille de Koch et l'aureus.

Ainsi donc, chez un même animal carnivore, réputé relativement résistant aux infections vulgaires de l'homme, se sont développées quatre de ces infections, par suite du diabète de l'animal. Il est difficile de concevoir une donnée expérimentale confirmant avec plus d'éclat ce que nous apprend la médecine humaine, une donnée plaçant davantage en évidence l'importance du terrain dans les affections bactériennes, principalement dans celles où l'agent n'est pas hautement différencié.

—Il y a eu des élections dans la dernière séance de l'Académie de médecine. Il s'agissait d'élire deux membres correspondants nationaux (1re division, médecine). Les résultats du vote ont été les suivants :

1re Élection.

Votants : 65. — Majorité : 33.
Ont obtenu :

MM.	LIÉTARD (Plombières)	55 voix.	*Élu.*
	COSTA (Ajaccio)	4	—
	MAIRET (Montpellier)	3	—
	LAYET (Bordeaux)	2	—
	ALISON (Baccarat)	1	—

2e Élection.

Votants : 64. — Majorité : 33.
Ont obtenu :

MM.	COSTA	34 voix.	*Élu.*
	MAIRET	16	—
	MAYET	12	—
	ALISON	2	—

Dans le comité secret, tenu à la fin de la séance, l'Académie a entendu la lecture du rapport de M. Ollivier sur les titres des candidats à la place vacante dans la section d'hygiène, de médecine légale et sanitaire.

Voici le classement des candidats :

1re ligne.	MM. MAGNAN.
2e —	MOTET.
3e —	NAPIAS.
4e —	LAGNEAU.
5e —	A.-J. MARTIN.

NOTES ET INFORMATIONS

Exposition internationale de Chicago (1893). — *Congrès.* Pendant la durée de l'Exposition universelle de Chicago, en 1893, des Congrès internationaux (*World's Congres*) seront organisés, se rapportant à toutes les branches de l'activité humaine. Sur la demande qui lui en a été faite par l'Administration de l'Exposition, M. le Ministre du commerce a nommé une Commission chargée de dresser une liste de personnes qui seront accréditées auprès de ces Congrès.

Les personnes qui, se proposant d'aller à Chicago en 1893, voudraient figurer sur cette liste, sont priées d'adresser leur demande à M. le Président de la Commission des Congrès de Chicago, avenue de La Bourdonnais, 22.

Le commissariat général, n'ayant été avisé de l'organisation de ces Congrès que longtemps après le vote des crédits qui lui ont été affectés, ne pourra allouer aucune subvention aux personnes qui se rendront à Chicago après avoir été agréées par la Commission.

Pour les renseignements sur la nature et la date des Congrès, s'adresser à M. GARIEL, secrétaire de la Commission, rue Jouffroy, 39, les jeudis et dimanches, de 9 heures à 11 heures du matin.

Les Congrès prévus sont groupés dans les grandes divisions suivantes, pour lesquelles les dates ci-après ont été indiquées :

Du rôle social de la femme. — 15 mai.
La presse. — 22 mai.
Médecine et chirurgie. — 29 mai.
Tempérance. — 5 juin.
La morale et les réformes sociales. — 8 juin.
Commerce, industrie, crédit, monnaie, assurances, etc. — 19 juin.
Musique. — 3 juillet.
Littérature, bibliographie, philologie, histoire, propriété littéraire. — 10 juillet.
Éducation. — 17 juillet.
L'art de l'ingénieur. — 31 juillet.
Beaux-arts. — 31 juillet.
Sciences économiques, politiques et juridiques. — 7 août.
Congrès divers non classés. — 14 août.
Sciences mathématiques, physiques et naturelles, philosophie. — 21 août.
Questions relatives au travail. — 4 septembre.
Religion (église, missions, œuvres religieuses). — 5 septembre.
Repos du dimanche. — octobre.
Hygiène publique. — octobre.
Agriculture. — 16 octobre.

Effets de l'abolition de la surveillance de la prostitution en Italie. — D'une enquête faite par Tarnowsky, sur les effets de l'abolition de la surveillance des prostituées en Italie (la réglementation fut supprimée dans toutes les villes du royaume, le 10 juillet 1888), il résulte qu'en trois années le nombre des hommes en traitement dans les hôpitaux, pour maladies vénériennes, et particulièrement pour la syphilis, a doublé au minimum dans toute l'Italie, tandis que le nombre des femmes, admises dans les hôpitaux pour ces mêmes maladies, est devenu dix fois moindre. En même temps le nombre des accouchées et des enfants syphilitiques quadruplait.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — Par arrêté en date du 24 janvier, M. Deschamps (Léon-Engène), docteur en médecine, est nommé, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1892-1893, préparateur du cours d'hygiène à la Faculté de Paris, en remplacement de M. Martin, démissionnaire.

M. Lebreton (Paul-Marie-Maurice), docteur en médecine, est nommé jusqu'à la fin de l'année scolaire 1892-1893, préparateur du laboratoire d'hygiène à la Faculté de médecine de Paris, en remplacement de M. Martin, démissionnaire.

Facultés et Écoles des départements. — *École de médecine et de pharmacie d'Amiens.* — Par arrêté du 21 janvier; M. Lefort (Edouard), docteur en médecine, est prosecteur à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens, en remplacement de M. Piedecocq, démissionnaire.

École de médecine d'Angers. — Par arrêté en date du 24 janvier, M. Legludic, professeur de physiologie à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers, est maintenu, pour une période de trois ans, à partir du 10 janvier 1893 dans les fonctions de directeur de ladite École.

École de médecine et de pharmacie de Tours. — Par arrêté en date du 23 février, M. Danner, ancien directeur de l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours, est nommé directeur honoraire de ladite école.

Par arrêté en date du 28 février, M. Barnsby, professeur d'histoire naturelle à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours, est nommé, pour trois ans, directeur de ladite école.

Faculté de médecine de Nancy. — Par arrêté en date du 20 janvier, M. Lahaussois (Henri), bachelier ès-lettres et ès-sciences restreint, est nommé, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1892-1893, préparateur de physique à la Faculté de médecine de Nancy, en remplacement de M. Lambert, appelé à d'autres fonctions.

Missions scientifiques. — Par arrêté en date du 19 janvier, M. le Dr Eugène Monod, chirurgien des hôpitaux de Bordeaux, est chargé d'une mission scientifique en Autriche, à l'effet d'étudier les questions qui se rattachent à l'enseignement clinique de la gynécologie dans ce pays, et principalement à Vienne.

— Par arrêté en date du 25 février; M. le Dr Fernand Lagrange est chargé d'une mission scientifique en Suisse, en Allemagne et en Italie, à l'effet d'étudier les stations sanitaires (sanatoria) où sont appliquées différentes formes de traitement dit « hygiénique ».

Lycée de Bordeaux. — Par arrêté en date du 13 janvier, M. le Dr Hirigoyen est nommé médecin-adjoint au lycée de Bordeaux, en remplacement de M. le Dr Arnozan, démissionnaire.

Société française d'otologie et de laryngologie. — Cette Société se réunira le vendredi 12 mai, à 9 heures du matin, au Palais des Sociétés savantes, rue des Poitevins, Paris. Elle a mis à l'ordre du jour de sa prochaine réunion la discussion des questions suivantes :

1° *Traitement de l'otorrhée.* — Rapporteurs : MM. Miot (de Paris); Polo (de Nantes).

2° *Traitement de la tuberculose laryngée.* — Rapporteurs : MM. Garel (de Lyon); Moure (de Bordeaux); Castex (de Paris).

3° *Affections des cavités accessoires du nez.* — Rapporteurs : MM. Cartaz (de Paris); Lacoarret (de Toulouse).

Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux. — Prix de la société. — Ce prix, d'une valeur de 1,000 francs, sera décerné en 1894 au meilleur mémoire sur la question suivante : *Traitement chirurgical du cancer de l'estomac.*

Les mémoires, écrits très lisiblement en français, doivent être adressés, *francs de port*, à M. G. Sous, secrétaire général de la société, 53, rue des Trois-Conils, jusqu'au 31 janvier 1894, limite de rigueur.

Chemin de fer d'Orléans. — *Voyages dans les Pyrénées.* La Compagnie d'Orléans délivre toute l'année des billets d'excursion comprenant les trois itinéraires ci-après, permettant de visiter le centre de la France et les stations thermales et hivernales des Pyrénées et du golfe de Gascogne.

1er *itinéraire* : Paris, Bordeaux, Arcachon, Mont-de-Marsan, Tarbes, Bagnères-de-Bigorre, Montréjeau, Bagnères-de-Luchon, Pierrefite-Nestalas, Pau, Bayonne, Bordeaux, Paris.

2e *itinéraire* : Paris, Bordeaux, Arcachon, Mont-de-Marsan, Tarbes, Pierrefitte-Nestalas, Bagnères-de-Bigorre, Bagnères-de-Luchon, Toulouse, Paris.

3e *itinéraire* : Paris, Bordeaux, Arcachon, Dax, Bayonne, Pau, Pierrefitte-Nestalas, Bagnères-de-Bigorre, Bagnères-de-Luchon, Toulouse, Paris.

Durée de validité : 30 jours. — Prix des billets : 1re classe, 163 fr. 50. — 2e classe, 122 fr. 50.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie Hachette et Cie, boulevard Saint-Germain.

Nouvelle géographie universelle. La Terre et les Hommes, par Elisée Reclus. — XVIII; *Amérique du Sud. Les régions Andines* (Trinitad, Vénézuéla, Colombie, Ecuador, Pérou, Bolivie et Chili). — *Paris*, 1893.

Société d'éditions scientifiques, 4, rue Antoine-Dubois, Paris.

Traité clinique et thérapeutique de la tuberculose pulmonaire, par le Dr S. Bernheim. Un vol. in-8 de 560 pages. — Prix : 7 fr. 50.

Depuis les immortelles découvertes de la contagiosité de la tuberculose, par Villemin, et du bacille, par Koch, de très nombreux travaux ont été publiés sur la tuberculose pulmonaire. Aucun auteur n'a cependant étudié dans son ensemble ce long chapitre de la pathologie. S'inspirant des nombreuses recherches poursuivies dans tous les pays et de ses travaux personnels, le Dr Bernheim a décrit dans ses moindres détails la phtisie pulmonaire.

L'opium. — Ses abus. — Mangeurs et fumeurs d'opium. — Morphinomanes, par le Dr Em. Martin, ancien médecin de la Légation de France à Pékin, Lauréat de l'Académie de médecine. Préface de H. Moissan, de l'Institut. — Paris, 1893.

Nota. — Ce volume fait partie de la bibliothèque générale de physiologie (prix : 3 fr. 50), et sera expédié franco contre un mandat.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU 5 AU 11 MARS 1893

Fièvre typhoïde, 9. — Variole, 1. — Rougeole, 8. — Scarlatine 2. — Coqueluche, 25. — Diphtérie, croup, 34. — Affections cholériformes, 0. — Phtisie pulmonaire, 183 — Autres tuberculoses, 24. — Tumeurs cancéreuses et autres, 56. — Méningite, 27. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 45 — Paralysie, .. — Ramollissement cérébral, 7. — Maladies organiques du cœur, 69. — Bronchite aiguë et chronique, 66. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 95. — Gastro-entérite des enfants : Sein, biberon et autres, 57. — Fièvre et péritonite puerpérales, 2. — Autres affections puerpérales 2. — Débilité congénitale et vices de conformation, 30. — Sénilité, 41. — Suicides et autres morts violentes, 26. — Autres causes de mort, 150. — Causes inconnues, 8. — Total : 1033

Le Rédacteur en chef et gérant : F. de Ranse.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame. — *Téléphone.*

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Rédacteur en chef : **M. le Dr F. DE RANSE**

Comité de Rédaction : **MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN J. ARNOULD (de Lille), P. FABRE (de Commentry), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon)**

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, avenue Montaigne (Rond-Point des Champs-Elysées

REVUE GÉNÉRALE

DE L'EMBRYOCARDIE,

Par M. le Dr Georges Lemoine (de Lille).

I

Notée pour la première fois par M. Huchard comme syndrome fâcheux sous le nom de cyématocardie, l'embryocardie est le rythme fœtal des bruits du cœur (1), ceux-ci, au lieu d'avoir un rythme à trois temps, ne marquent plus qu'une mesure à deux temps, et les silences altérés, eux aussi, dans leur durée, présentent une longueur rigoureusement égale. Ajoutons à cela que le cœur étant affaibli, la révolution cardiaque, au lieu de se produire normalement 70 à 80 fois par minute, peut atteindre le chiffre de 160 ou 180. Il y a tachycardie.

L'oreille qui ausculte perçoit nettement un premier bruit suivie bientôt d'un silence assez court. Puis, survient le bruit et à sa suite le second silence, tous deux égaux aux premiers.

Voilà bien le type de l'embryocardie, telle que nous l'a décrite M. Huchard dans plusieurs cas de fièvre typhoïde qu'il a observés à l'hôpital Bichat : « je constatai, dit-il, à l'entrée malade à l'hôpital, l'existence de l'embryocardie ou du rythme fœtal des bruits du cœur, c'est-à-dire, une égalité parfaite en durée du grand et petit silence, ce qui donnait à ces bruits égaux et précipités, une ressemblance parfaite avec le tic-tac d'une montre, ou avec les battements fœtaux. »

M. Gillet, son élève, dans sa thèse inaugurale, nous a donné une définition brève et exacte du phénomène tel qu'ils l'ont compris.

« C'est un rythme spécial des bruits du cœur consistant « dans l'identité du premier et du second bruit et dans « l'égalité du petit et du grand silence, avec accélération « des battements cardiaques (tachycardie). »

Telle était l'idée que l'on se faisait généralement de l'embryocardie, lorsqu'en mars 1892, parut une clinique de M. le professeur Grasset sur l'embryocardie dissociée.

En auscultant le cœur d'un artério scléreux atteint de dilatation d'estomac, il remarqua un rythme étrange de ses bruits. Comme chez les malades dont parlent nos diverses observations, on notait l'identité des bruits et l'égalité des silences ; mais ici, pas d'arythmie, pas de tachycardie ; les battements du cœur n'avaient jamais dépassé 80 pulsations à la minute, les bruits étaient régulièrement espacés, séparés par des silences égaux, comparables au tic tac d'une pendule.

On voit immédiatement la différence capitale qui sépare ce cas des autres, et M. Grasset lui-même, voulant en faire ressortir le type spécial, a proposé de dénommer ce phénomène « embryocardie dissociée ou rythme fœtal des bruits du cœur sans tachycardie. »

Il semble ressortir de cette étude qu'il existe deux variétés d'embryocardie ; la première, que nous appellerons *embryocardie tachycardique* ou *complète* (Huchard) ; la seconde, du nom qui lui a été donné par celui qui l'a décrite, *embryocardie dissociée* (Grasset).

Un de mes élèves, M. Bernard, vient de reprendre la question à l'aide de deux observations inédites que je lui ai fournies et c'est à son travail que sont empruntés la plupart des faits qui sont consignés ici.

II

Dans un des cas relatés par M. Bernard, c'est au cours d'une pneumonie grippale que l'embryocardie s'est produite, c'est-à-dire pendant l'évolution d'une maladie essentiellement infectieuse. Or l'on constate presque toujours cette concomitance obligée de l'embryocardie et de l'état de l'organisme en lutte avec les agents infectieux. La fièvre typhoïde, au premier rang, la pneumonie, la pyohémie puerpérale, la méningite tuberculeuse, etc., voilà les milieux favorables à son éclosion et c'est là surtout qu'elle apparaît.

Nous ne connaissons pas jusqu'à ce jour de cas où le rythme fœtal soit apparu sans infection préalable et, même dans le cas d'embryocardie dissociée cité par M. Grasset, on avait affaire à un sujet dégénéré et intoxiqué, puisqu'il était artériosclereux et porteur d'une dilatation d'estomac.

La pathogénie de l'embryocardie est toujours la même

(1) Huchard. *Nouveau syndrome clinique ; embryocardie* (*Revue de clinique et de thérapeutique*, 1889.) — Huchard *Leçons de thérapeutique et de clinique médicales à l'hôpital Bichat* (1889.) — Desnos et Huchard. *Complications cardiaques dans la variole* (1871.) — Huchard. *Hypotension artérielle.* (*Semaine médicale* 1889.) — Grasset. *Embryocardie dissociée ou rythme fœtal des bruits du cœur sans tachycadie* (*Semaine médicale*, 1892.) — Lizot. *Revue de clinique et de therapeutique* (1889.) — Merklen. *Communication à la Société de médecine.* (*Bulletin médical* 1892.) — Bernard, *Thèse de Paris* (1893.)

au cours d'une maladie infectieuse, il survient une série de troubles circulatoires, de sorte que le danger n'est plus au poumon, à l'intestin, il est au cœur. Celui-ci ne tarde pas à être touché dans son innervation et le système artériel; est attaqué par le même processus il en résulte une forte diminution de tension dans l'appareil de la circulation.

Le cœur se contracte mollement; ses battements deviennent faibles et rapides. Ils ne se succèdent plus régulièrement et présentent une l'arythmie qui devient bientôt définitive. En effet, on entend deux bruits égaux séparés par des silences de durée égale, ce qui leur donne une ressemblance frappante avec le tic tac d'une montre ou les bruits du cœur fœtal. Ces bruits ne sont plus différenciés ni par la durée ni par le timbre. On a donc quatre temps d'égale longueur.

La révolution cardiaque, au lieu de s'opérer comme normalement 70 à 80 fois par minute, atteint des chiffres énormes et on compte 160, quelquefois 180 systoles dans ce laps de temps.

En appliquant la main sur la région précordiale, on perçoit encore les battements de la pointe, mais bien faiblement, et l'oreille, appliquée sur la même région, entend nettement le rythme embryocardique, mais souvent avec affaiblissement du bruit diastolique à la base. Ce signe d'hypotension habituel dans ce phénomène ne fut pas trouvé, au début, dans l'observation I de Bernard.

Souvent le pouls traduit bien l'état du cœur. Il est petit, dicrote, filiforme, tant il est faible : il est rapide et les pulsations atteignent quelquefois le chiffre de 160 et plus, comme le cœur. Mais, phénomène à remarquer et que nous avons aussi trouvé chez notre malade, c'est l'intermittence du pouls. Les contractions de l'organe central de la circulation deviennent tellement faibles qu'elles ne transmettent plus leur action à la périphérie et le pouls ne rend plus toutes les systoles ventriculaires. Quelquefois, on en compte une sur deux et tandis que le cœur est affolé, on a une certaine lenteur du pouls que l'on a appelée fausse lenteur.

La tension du sang est, au contraire, accrue dans le système veineux ainsi que dans le système capillaire, et c'est alors qu'apparaissent tous les accidents dus à la stase sanguine. La face, les mains et les pieds sont cyanosés et refroidis : l'œdème est net aux malléoles; sur le trajet des membres, on aperçoit des traînées rougeâtres qui témoignent du ralentissement de la circulation périphérique. Les œdèmes se généralisent; le ventre fortement ballonné présente de l'ascite; des congestions bâtardes s'établissent partout, dans les plèvres, dans le foie, dans les reins, dans les centres nerveux et on a le tableau de l'anasarque.

Ou encore, on a des foyers d'apoplexie pulmonaire, puis l'albumine apparaît dans les urines et la température axillaire s'abaisse, tandis qu'elle peut encore être très élevée dans le centre de l'organisme. C'est l'acheminement vers la mort, tantôt dans un collapsus asphyxique cardiaque, tantôt dans une déchéance organique lente et le coma typhoïdique.

Bien autre est le tableau de l'embryocardie dissociée, comme nous le montre M. Grasset. Le phénomène apparaît ici au cours d'une infection également chronique, il est vrai, et n'a pas le pronostic fatal que comporte habituellement l'embryocardie complète. Le malade observé ne présenta pas les terribles complications que nous venons d'énumérer : son affection, au contraire, ne parut pas s'aggraver.

Chez le malade de Grasset, les contractions du cœur étaient très régulières, mais le rythme offrait un caractère très spécial. Les deux bruits, au lieu de correspondre à une mesure à trois temps, étaient régulièrement espacés et formaient une mesure à deux temps ; les deux bruits se succédaient, comparables au tic tac d'une pendule. Mais un détail capital séparait ce cas d'embryocardie des cas décrits par Huchard, il n'y avait pas de tachycardie ; le malade avait 76 à 80 pulsations ; peu à peu il guérit complètement. M. Grasset propose, pour désigner ce symptôme, le terme d'embryocardie dissociée au rythme fœtal sans tachycardie.

III

Pour qu'il y ait embryocardie complète, il faut la réunion de ces trois facteurs :

1° L'accélération des battements du cœur ;

2° La similitude de timbre et d'intensité des deux bruits;

3° L'égalisation en durée des silences.

Quand, de cette définition on retranche la tachycardie, on a le type de l'embryocardie dissociée.

Si nous examinons d'abord un cœur normal, nous allons saisir aussitôt les différences qu'il présente avec un cœur embryocardique.

Le rythme du cœur sain est formé de trois temps. En premier lieu, on perçoit un bruit sourd, un peu prolongé, dû à la contraction des parois ventriculaires et au claquement des valvules auriculo-ventriculaires. Son maximum est à la pointe du cœur. C'est le premier temps et sa durée égale à peu près un tiers de la révolution cardiaque. Un silence d'une durée assez courte succède à ce bruit et forme le second temps avec le deuxième bruit. Celui-ci, plus clair et plus bref que le précédent, est causé par le claquement des valvules artérielles. Ce second temps égale environ un sixième de la révolution. C'est le grand silence, silence trois fois plus long que l'autre que l'on appelle troisième temps.

Dans l'embryocardie, les silences sont égaux et les bruits ont la même durée et la même intensité souvent. Quelquefois pourtant il y a un affaiblissement progressif du premier bruit avec raccourcissement du grand silence.

La cardiographie nous offre, à ce sujet, quelques renseignements précieux. M. Gillet, dans sa thèse inaugurale a donné divers cardiogrammes : normal, tachycardique et embryocardique. Il a montré dans le tracé du cœur sain qu'après la grande ascension, la courbe présentait un petit ressaut correspondant à l'abaissement des valvules sigmoïdes, c'est-à-dire au deuxième bruit.

Normalement, ce petit ressaut est très rapproché de la grande ascension, mais, dans le rythme fœtal, il s'éloigne plus ou moins et peut arriver à être à égale distance de deux systoles.

Dans la tachycardie, le cardiogramme ne diffère pas sensiblement du tracé normal.

La durée respective des silences et des bruits est égale : mais leur fréquence est beaucoup plus grande dans le même laps de temps. C'est ce qu'on lit sur le cardiogramme tachycardique.

M. Bernard a tenté de mesurer la durée des silences dans une révolution cardiaque normale et dans un cas de tachy-

cardie expérimentale. Puis, faisant concorder les résultats que nous donne la physiologie avec les renseigments fournis par la clinique, il a essayé de représenter graphiquement quel doit être le tracé type de l'embryocardie.

Il a démontré en prenant le cardiogramme de chiens rendus tachycardiques et en notant exactement par un graphique que lui donnait un procédé particulier que, quelle que soit la tachycardie le grand silence conservait sa longueur relative et que le rythme était à peine modifié. Il est accéléré mais conserve la même *mesure*. Par conséquent on ne peut pas soutenir que l'embryocardie soit une dépendance de la tachycardie. Il aurait été à souhaiter que M. Bernard eût pu prendre dans les mêmes conditions le cardiogramme et le graphique des bruits du cœur sur un malade atteint d'embryocardie, mais ce fut impossible.

Le pouls est très petit, fréquent, et surtout très dépressif. Aussitôt que les battements du cœur deviennent moins énergiques, le pouls ne se perçoit plus, et à la palpation, le doigt sent comme un frôlement, « des battements en ailes d'oiseau, le *flutterings* des Anglais », quelquefois 180 fois à la minute. Que nous donnera dans ce cas la sphygmographie? Il est certain que souvent, elle ne nous fournira qu'un tracé légèrement ondulé, souvent marqué d'intermittences, mais elle nous montrera bien le dicrotisme du pouls, indice certain d'hypotension artérielle, chose que nous ont déjà annoncée les différents syndromes cliniques.

Ce sera surtout le sphygmomanomètre que nous traduira cet état. Nous ne décrirons pas ici les divers appareils inventés dans le but de mesurer la tension artérielle. Citons en passant celui de MM. Potain et Huchard qui ont pu arriver à des résultats approximatifs, malgré le côté défectueux de tout appareil et la difficulté d'apprécier de faibles pressions à travers la peau et des plans musculaires résistants.

Dans certains cas de fièvre typhoïde observés par eux, la pression artérielle, mesurée habituellement par les chiffres 16 ou 18, était considérablement diminuée. Le sphygmomanomètre permettait de voir cette tension s'abaisser à 14 centimètres de mercure et même à 7 et 8 centimètres dans les formes adynamiques.

Dans l'embryocardie dissociée, cette hypotension artérielle est également manifeste, et c'est sur elle que M. Grasset s'appuie pour établir sa pothogénie.

En l'absence d'appareils, on a pu constater encore cet affaiblissement de tension, non seulement par le dicrotisme, la facilité plus grande avec laquelle le doigt déprime l'artère et arrête l'ondée sanguine, mais aussi par la diminution du bruit diastolique de l'aorte, et surtout de l'artère pulmonaire : voilà qui prouve encore la rupture d'équilibre entre la tension artérielle et la tension veineuse.

En résumé la diminution d'intensité du premier bruit indique la lésion cardiaque et celle du second l'hypotension artérielle. La loi de Marey nous enseigne que plus la charge du cœur est légère, plus ses contractions sont nombreuses et la tachycardie apporte dans ce cas un nouvel élément à l'appui de l'hypotension. L'embryocardie complète, dit M. Grasset, est un symptôme caractérisé par le rythme fœtal et la tachycardie, signifiant hypotension artérielle très marquée et de valeur pronostique fatale.

Dans l'embryocardie dissociée, il reconnaît bien l'hypotension, mais d'origine purement artérielle, et ne voit comme lésion que l'altération des parois vasculaires. Ce qui la différencie surtout de la première, c'est son pronostic qu'il considère jusqu'à ce jour comme plus bénin.

IV

La pathogénie de l'embryocardie n'est pas encore complètement élucidée. Il est certain que la séméiologie, en nous montrant le rôle des maladies infectieuses et des cardiopathies artérielles, lui a fait faire un grand pas; mais la vérification expérimentale du phénomène n'étant pas possible jusqu'ici, nous vivons d'hypothèses. Nous nous permettrons de donner un aperçu de celles que l'on a émises pour l'expliquer et d'insister sur celle qui nous a paru la plus vraisemblable.

Grâce à l'anatomie pathologique, les lésions qui accompagnent l'embryocardie nous sont connues. Stokes le premier les a décrites dans une observation de typhus maculé terminé par rythme fœtal et a vu dans ce phénomène le résultat d'une myocardite infectieuse :

« Le cœur avait son volume normal, mais il était livide, extrêmement mou. Le tissu musculaire offrait un aspect singulier. On n'y retrouvait pas une fibre, et dans les deux tiers de son étendue, on remarquait une couche de tissu homogène en apparence, de coloration foncée et d'un huitième de ligne en épaisseur. Le tissu du ventricule est infiltré d'une matière gommeuse, agglutinant les doigts et offrant quelque ressemblance avec la substance corticale des reins. »

Sans toutefois croire qu'à elle seule, elle puisse produire l'embryocardie, M. Huchard admet l'influence de la myocardite qu'il a constatée à plusieurs reprises chez ses malades. On trouvait un myocarde de texture molle, d'aspect pâle, atteint de dégénérescence graisseuse ou parsemé de plaques athéromateuses ou caséeuses.

Mais, pour cet auteur, l'embryocardie avec tachycardie est un signe non seulement de l'affaiblissement du cœur, mais aussi de l'abaissement considérable de la tension artérielle qui, dans la dothiénentérie par exemple, préside aux graves accidents du collapsus.

La clinique et la physiologie nous ont prouvé l'hypotension dans le système artériel et la production de tachycardie s'explique très aisément de cette façon.

D'après la loi de Marey, en effet, « le cœur bat d'autant plus vite qu'il éprouve moins de résistance à se contracter et il est évident que si les résistances périphériques diminuent, le nombre des battements sera d'autant plus grand, soit par paralysie du pneumogastrique, soit par excitation du grand sympathique. (Gillet.)

On voit déjà poindre dans ces quelques lignes la théorie nerveuse dont MM. Bernheim et Wuillaume se sont faits les défenseurs dans un travail sur la forme cardiaque de la fièvre typhoïde.

S'appuyant sur l'absence de lésions du myocarde dans plusieurs cas de fièvre typhoïde, il en font un phénomène purement nerveux et ne trouvent d'autre pathogénie que l'action toxique du poison typhique sur le nerf pneumogastrique et l'innervation cardiaque.

« D'après eux, ce poison agit comme la digitale et les acides biliaires qui ralentissent le cœur par action sur son centre nerveux modérateur ; c'est même ce qui expliquerait la lenteur relative du pouls dans la dothiénentérie. Mais, de

même que la digitale à dose toxique détermine au contraire l'accélération du pouls, de même aussi le poison typhique peut produire l'accélération paralytique du cœur. »

Cette théorie paraîtrait presque confirmée par les résultats de la thérapeutique, en raison des succès ou des insuccès constatés dans cette forme cardiaque de la fièvre typhoïde.

Mais une chose que nous n'avons pas encore notée et qui a été mentionnée dans quelques observations de M. Gillet, c'est que bien souvent la lésion du myocarde est de peu d'importance tandis que celle de l'aorte et des artères coronaires est profonde. Ces dernières surtout sont attaquées. Elles sont rétrécies sur leur trajet par des plaques d'athérome, quand elles ne sont pas oblitérées totalement par l'ossification.

L'artério sclérose, à notre avis, a une grande part dans la production de ce phénomène.

Dans les deux cas de M. Bernard, il s'agit d'individus bons mangeurs et ne craignant pas de faire usage des spiritueux. Ils appartiennent à deux classes bien différentes de la société. L'un fait bonne chère et s'alcoolise discrètement, en homme du monde, l'autre est ouvrier et fait de solides excès, lorsqu'il en a le moyen. Le résultat est le même et il se développe chez eux de l'artério sclérose et de l'athérome artériel. Ils soumettent leurs reins à un travail exagéré. Une fois cet état développé chez eux et les fonctions rénales devenues moins actives, il se produit des auto-intoxications lentes, des combustions incomplètes qui aident à déterminer la production de dégénérescences organiques et de surcharges graisseuses.

Or, on sait aujourd'hui que les sujets qui sont en cet état présentent une résistance moindre que les autres vis-à-vis des maladies infectieuses. Quand celles-ci surviennent, l'organisme qui aurait besoin de se débarrasser largement des produits infectieux et toxiques qui l'imprègnent ne peut le faire comme il le devrait, car la circulation est paresseuse et les émonctoires sont insuffisants. Les artério scléreux sont alors dans la situation des urémiques : ils sont empoisonnés par les toxines et cette intoxication peut se manifester de différentes manières. Si antérieurement du fait de la sclérose artérielle, il s'est produit de la sclérose du myocarde, ce muscle, très sensible à l'action des poisons organiques, est des premiers à souffrir de leur rétention. Son énergie contractile diminue et comme, d'autre part, il a à vaincre les obstacles que des congestions locales ont pu semer sur le cours du sang, il ne peut plus répondre à sa tâche et présente bientôt des signes d'insuffisance.

C'est manifestement ce qui a dû se produire chez les deux malades dont M. Bernard rapporte les observations.

Quoique touché par la sclérose, ainsi que l'autopsie l'a nettement démontré chez l'un d'eux, le cœur continuait à remplir ses fonctions sans faiblesse apparente jusqu'au jour où survint une maladie infectieuse qui provoqua sa défaillance définitive.

Dans un cas ce fut la grippe, avec son intoxication si marquée et des troubles congestifs pulmonaires; dans l'autre, ce fut une pneumonie qui agit, elle aussi, par la gêne qu'elle apporta dans le domaine de la petite circulation et par l'imprégnation infectieuse de l'organisme entier.

Ces considérations permettent d'expliquer comment, dans des cas semblables le cœur devient faible et irrégulier, mais il ne donne pas la clef de l'apparition du phénomène du cœur fœtal. Il est très vraisemblable que ce signe dépend des conditions anciennes dans lesquelles se trouve le malade : mais le mécanisme physiologique en vertu duquel il se produit nous échappe encore.

Nos recherches dans les traités de physiologie sur la cause du rythme à deux temps chez le fœtus, n'ont guère abouti et nous ne trouvons que dans le livre de M. Beaunis cette réflexion : le rythme à deux temps est dû, chez le fœtus, au manque de développement du système nerveux modérateur du cœur, c'est-à-dire du pneumogastrique.

S'il en était ainsi, on devrait obtenir ce phénomène, lorsqu'on sectionne les pneumogastriques d'un chien; or cela n'arrive jamais.

Voici l'hypothèse de M. Huchard sur la cause du rythme fœtal :

« En admettant le frein nerveux du cœur et le frein vasculaire périphérique que représente la contractilité artérielle, on verra que si celui-ci diminue, les résistances périphériques diminuant, le cœur bat à la dérive, ses contractions s'affaiblissent, se rapprochent et il est un temps où l'on doit avoir l'embryocardie. »

Toute séduisante qu'elle paraît être, cette théorie est infirmée par les cas où les battements du cœur s'élèvent jusqu'à 160, sans altération dans la durée des bruits et des silences.

Pour MM. Huchard et Gillet, la cause de la tachycardie et de l'embryocardie serait une altération de l'innervation cardiaque et vasculaire. Cette modification aurait pour origine un empoisonnement du système nerveux par l'agent infectieux d'une maladie telle que la fièvre typhoïde, la pneumonie grippale, etc., qui donnerait au myocarde dégénéré la propriété de se contracter rythmiquement, ce serait donc une conséquence de la toxémie.

Quel en serait le mécanisme? Pour ces derniers, le rythme fœtal serait dû à la débilité du cœur et à l'hypotension artérielle qui amenant la tachycardie finirait par causer un raccourcissement du grand silence et une diminution d'intensité du second bruit sous l'influence citée plus haut.

Pour M. Grasset, la pathogénie de l'embryocardie est tout autre. Voici, d'ailleurs, textuellement son explication :

« Physiologiquement parlant, le fait essentiel de l'embryocardie ou du rythme fœtal est le retard du deuxième bruit. Au fond, les contractions cardiaques se succèdent régulièrement. Mais, ce qui prolonge le petit silence, ce qui en fait l'égal du deuxième silence, c'est le retard du second bruit. Or, celui-ci n'est pour ainsi dire pas cardiaque.

« Il est dû au claquement des valvules artérielles. De quoi dépend ce claquement? Bien peu du cœur, mais surtout des vaisseaux, et du reflux du sang dans le sens centripète.

« Et quel est l'agent du reflux du sang? C'est l'élasticité artérielle. Donc ce retard du deuxième bruit voudrait dire diminution de l'éslasticité artérielle. »

Dans l'embryocardie complète, nous avons vu qu'il y a tachycardie et rythme fœtal. La tachycardie c'est le cœur, le rythme fœtal les artères. Tachycardie et rythme fœtal sont donc tous les deux signes d'hypotension. Mais il y a deux éléments de tension, le cœur et les vaisseaux. Dans l'hypotension artérielle, la faiblesse du premier bruit et la tachycardie correspondent à l'élément cœur. La faiblesse et le retard du second à l'élément artère.

Donc le rythme fœtal n'est pas un rythme anormal du cœur. L'anomalie d'un rythme cardiaque ne se juge qu'au premier bruit puisque le second est artériel. Donc, quand, dans la fièvre typhoïde, nous voyons se produire l'embryocardie, le cœur commence d'abord à lâcher, puis il y a diminution du premier bruit, puis tachycardie. Les artères lâchent ensuite, le deuxième bruit s'affaiblit et s'écarte assez du premier pour produire le rythme fœtal.

Mais on conçoit d'autres cas bien moins graves où les vaisseaux lâchent sans que le cœur faiblisse. Il se produit une paralysie vaso-motrice et une diminution d'élasticité, d'où le rythme fœtal sans tachycardie. (Grasset.)

Cette théorie paraît assez séduisante et semble rendre compte aisément du phénomène. Mais il est une chose que nous n'admettons pas, c'est la négation d'infection dans la pathogénie de ce symptôme.

Pour nous, il est sous la dépendance d'un système nerveux intoxiqué, souvent d'une façon chronique, par les poisons organiques et qu'une infection surajoutée suffit à déséquilibrer. Il en résulte un fonctionnement anormal des nerfs qui tiennent sous leur dépendance le cœur et les vaisseaux, et auquel se joint quelquefois une dégénérescence du myocarde.

L'énergie du cœur et la contractilité artérielle se trouvant ainsi modifiées, il survient des anomalies dans les phénomènes circulatoires et dans les signes qui les traduisent à nos sens.

CLINIQUE CHIRURGICALE

TRAITEMENT RATIONNEL DE LA LUXATION ILIAQUE CONGÉNITALE DU FÉMUR

Selon la nouvelle méthode du

Dr A. Paci,
Professeur de pathologie et de clinique chirurgicales à l'Université Royale de Pise.

Traduit de l'italien par le Dr G. Farges.

Toute controverse semble avoir été épuisée sur ma méthode, aujourd'hui que, expérimentée par mes confrères italiens et étrangers, elle a reçu la double sanction des faits et du temps, qui lui manquait au début.

Elle est basée sur ce fait que la résistance opposée par les muscles et l'obstacle provenant de la rencontre des proéminences osseuses, peuvent et doivent être vaincus, grâce aux mouvements de levier imprimés au fémur, mouvements par lesquels on évite la tension ou la contraction musculaire et on réussit à porter la tête fémorale contre la cavité cotyloïde plus ou moins altérée, ou dans son voisinage.

Je rappellerai aussi ce principe d'anatomie pathologique que lorsqu'une tête articulaire se trouve déplacée et longtemps fixée en un point, les surfaces qui s'affrontent se modèlent réciproquement et prennent une nouvelle forme, réalisant, à un certain degré, les aptitudes fonctionnelles.

Les manœuvres opératoires que je vais indiquer ont une telle innocuité que je n'hésite pas à les employer comme moyen d'investigation. J'éprouve ainsi ma méthode et suis à même de juger si les difficultés que peuvent offrir les altérations musculaires et ligamenteuses sont, ou non, surmontables. La douleur, si elle est provoquée, est peu sensible. La famille qui voit de ses propres yeux et touche avec la main le membre dans sa correction, juge alors de l'avantage du traitement et de son application définitive.

Ensuite, exécutant une manœuvre inverse, grâce à la flexion et à la rotation interne de la cuisse, la luxation se reproduit aussitôt, sans que le malade ressente aucun dommage, ni aucune douleur pour marcher.

Avant de décrire la technique opératoire, je veux donner ce conseil, indispensable pour la mener à bien, d'exécuter toutes les manœuvres avec *la plus grande lenteur* et une force graduée, uniforme, sans secousses. L'exagérer, pour vaincre la résistance parfois excessive des muscles (principalement dans le 3e et le 4e temps), exposerait à produire la fracture comme déjà cela est arrivé.

La connaissance exacte des parties et de leurs rapports permet au chirurgien de guider sans à-coups la tête fémorale et de voir, par la pensée, le chemin qu'il lui fait parcourir.

Ma méthode opératoire s'exécute en 4 temps.

On prend d'abord toutes les dispositions nécessaires pour l'application consécutive de l'appareil inamovible.

On anesthésie ensuite le malade, et on le place de façon que le bassin repose sur le bord du lit ou de la table d'opération.

Pour empêcher le déplacement du bassin sous les efforts de la réduction, deux aides l'immobilisent : l'un, intelligent et fort, en y appliquant directement ses deux mains ; l'autre, en maintenant le pied du membre sain et y exerçant une traction modérée.

1er Temps. — Les aides convenablement disposés, le chirurgien se place en avant du malade et saisit avec une main (1) la jambe du membre luxé, immédiatement au-dessus du pied, tandis qu'il applique l'autre contre le jarret.

Il exécute lentement la flexion de la jambe sur la cuisse et celle de la cuisse sur le bassin. Il est rare d'éprouver de la difficulté pour obtenir le degré maximum de flexion ; mais il suffit de l'amener à la limite physiologique. Son exagération violente déterminerait un jeu de levier et une tension musculaire contraires au mouvement que l'on veut imprimer à la tête fémorale.

Effectivement, le chirurgien veut, par ces manœuvres du 1er temps, utiliser le relâchement dans lesquels tombent tous les muscles de la cuisse et de la fesse, par suite du rapprochement de leurs insertions, pour amener la descente de la tête du fémur de la fosse iliaque externe dans la région cotyloïdienne, sans tendre ni forcer les muscles et les ligaments.

Le mouvement de flexion, dès son début, établit un jeu de levier entre la tête fémorale et la fosse iliaque externe, son point d'appui. Après un certain degré de descente de la tête fémorale, le point d'appui sera transporté sur l'insertion du ligament triangulaire au col du fémur qui servira de frein à la possibilité d'un éloignement excessif de l'épine iliaque antéro-inférieure.

La flexion complétée, on aura la tête du fémur en bas, au-dessous du niveau de la cavité cotyloïde, ou au moins contre elle et plus ou moins en arrière.

(1) La gauche, pour le membre droit et *vice versa*.

La pression de hant en bas sur l'extrémité inférienre du fémur relevé, prolongée pendant nne minute environ, avec la main primitivement appliquée sur le jarret et transportée ensuite sur le genou, contribuera à faire descendre la tête fémorale le plus possible ; car cette pression se convertit, snr le membre ainsi disposé, en une traction extensive qui se transmet au col, au trochanter et à tous les muscles et ligaments qui s'y insèrent.

Le relâchement de tous les muscles de la cuisse permet cette extension.

2e Temps. — Fixant la position obtenue par le 1er temps, le chirnrgien exécntera un lent mouvement d'abduction du genou. Les muscles pelvi-trochantériens le permettront, parce que les extrémités de leurs insertions seront plns rapprochées que jamais. Ni le ligament triangulaire, ni les surfaces osseuses ne s'y opposeront.

Il est à désirer que ce mouvement d'abduction conduise le genou à environ 15 centim. du plan latéral du corps. La tête fémorale en recevra une propulsion inverse en avant et sera portée plus ou moins contre l'espace physiologiquement dévolu à la cavité cotyloïde.

Ce point lui sera acquis lorsque sa descente aura été complète, après le 1er temps et quand l'abduction n'aura pas été contrariée par l'excessive rétraction, déviation et contraction des muscles adducteurs de la cuisse, ou par la déformation de la tête et du col du fémur. Plnsieurs fois, par ces motifs, j'ai dû renoncer à toute tentative de correction ; et je me rappelle, entre autres, un cas semblable que je rencontrai à Milan, en présence du Dr Fioranni. Ces obstacles peuvent annihiler toutes les manœuvres successives et rendre inapplicable cette méthode de traitement.

Cependant, ou pourrait encore atteindre le but en répétant la manœuvre quelque peu forcée, afin d'obtenir le degré suffisant d'extension des muscles adducteurs, ou bien, en certains cas *exceptionnels*, en pratiquant la myotomie.

3e Temps. — On maintiendra immobile la position gagnée jusqu'ici et la jambe sera tenue fléchie sur la cuisse à pcu près à angle droit.

Alors le chirurgien continue à manœuvrer pour faire accomplir à la cuisse un mouvement de rotation externe qui se traduira par un mouvement correspondant en arc de cercle sur la tête fémorale.

Une main sur le genou (la gauche, pour le membre droit et *vice versa*) et l'autre au-dessus du pied, on exécute le dit mouvement de rotation (auquel, naturellement, s'associe une augmentation d'abduction), toujours lentement, jusqu'à ce que l'axe de la jambe tenue fléchie à angle droit, devienne perpendiculaire à l'axe du corps.

Le résultat sera meilleur si les tissus se prêtent à ce que la tête fémorale décrive à peu prés un quart d'arc de cercle pour se porter suffisamment en dedans et en avant et à peu près sur la portion de l'os pelvien qui correspond à la cavité cotyloïde.

4e Temps. — Cette transposition de la tête fémorale obtenne, on exécnte l'extensiou de la cuisse par la pression graduée de la main qui se trouve appliquée sur le genou, tandis qne l'antre continne à soutenir le pied la jambe fléchie et tout le membre en rotation externe.

La tête fémorale, ainsi portée en avant par les précédentes manœuvres, vient prendre son point d'appui sur l'os iliaque; et les muscles de la cuisse (notamment les antérieurs) jusqu'alors relâchés, s'allongeront peu à peu, puis se tendront, au point de réclamer un effort soutenu du bras du chirurgien pour vaincre leur résistance. Finalement, peu à la fois, ils céderont; la cuisse, puis la jambe seront parfaitement étendues et tout le membre sera mis en parallèle avec l'autre, en ayant soin de maintenir toujours la rotation externe et un certain degré de traction extensive.

Ce temps demande plus que jamais la plus grande lenteur et nn calme absolu, afin de ne pas risquer, en des cas difficiles, la fracture du fémur.

L'opération non sanglante est alors complétée ; elle constitue la première et la plus essentielle partie de ma méthode. La tête fémorale a gagné sa place contre la cavité cotyloïde plus ou moins altérée, ou à peu près au niveau du point qu'elle devrait occuper. Elle y est maintenue par la contraction qu'exerceut les muscles tendus sur le nouvel axe du membre.

Le long manchon capsulaire qui, probablement, s'est comme enroulé sur le col du fémur tandis qu'il tournait de conserve avec la tête qui s'est retournée en avant, pourra, lui aussi, constituer un nouveau lien qui maintiendra la tête du fémur dans la position acquise dont le chirurgien assure la fixité grâce à la rotation externe.

A la fin de ces manœuvres, on est surpris de constater que toutes les déformations du tableau symptomatologique ont presque disparu, souvent au point de simuler une complète réduction. Souvent aussi, cependant, on ne l'obtient pas ; mais la tête fémorale va se placer tout près de sa position normale et au-dessous de l'épine iliaque antéro-inférieure; en d'autres cas enfin, on la peut conduire au-dessous et un peu en dehors de l'épine iliaque, de manière à simuler presque une variété de la luxation iliaque antérieure, ou de Monteggia.

Dans 5 cas de luxations congénitales et dans un sixième de luxation pathologique ancienne, j'ai pu constater le maintien d'une telle correction du membre (forme, longueur, direction) chez les opérés abandonnés à eux-mêmes dans la position borizontale. Toutefois, les mouvements de flexion et de rotation interne sont interdits, car ils reproduiraient subitement le déplacement avec tous ses caractères primitifs.

La correction parfaite est néanmoins rarement réelle; il reste encore un petit raccourcissement de 1 nu même 2 cent. dû surtout au défaut de développement squelettique qu'il est impossible au chirurgien de compenser. Toutefois, l'apparence donne l'illusion au point de faire croire à la perfection. Cet effet est dû à l'abaissement immédiat et permanent de l'épine iliaque antéro-supérieure, avantage que Wolkmann citait comme le plus grand qu'il ait nbtenu avec sa méthode, aprés plusieurs mois de traitement persévérant.

Voici donc réalisée la correction de la position de la tête du fémur. J'ai dit *correction* et non *réduction* bien que ce soit l'expression propre, afin de ne pas heurter l'usage établi qui veut, pour la rédnction, la rentrée complète de la tête fémorale dans la cavité cotyloïde qui, dans la luxation congénitale, est toujours altérée et souvent presque abolie.

Pour le complément du traitement, il faut maintenir les nouveaux rapports de la tête fémorale pendant environ

quatre mois afin que, os, muscles, capsule et ligaments se modifient favorablement jusqu'au jour où la néarthrose sera organisée d'une façon stable.

Dans ce but, j'applique immédiatement et toujours sous l'anesthésie, un appareil plâtré qui entoure le membre et le bassin. Pendant ce temps, les aides maintiennent le membre dans la nouvelle position, exerçant une certaine traction extensive sur le pied tenu en forte rotation externe. En certains cas il est même utile de mettre le membre en abduction.

Dès que l'appareil est sec, j'applique l'extension avec des poids de 4 à 10 kilogr., pour éviter que les muscles, rentrant en action, puissent diminuer l'avantage donné à la tête fémorale.

Après un mois, j'enlève l'appareil plâtré et je fixe avec un appareil ordinaire le lacet extenseur à la jambe, pour continuer l'extension avec les poids pendant trois autres mois.

Pendant ce temps, le malade s'assied et se meut à sa guise sur le lit; mais les muscles sont inactifs et la position du fémur ne varie pas.

Le mouvement que le bassin détermine en se fléchissant sur la tête fémorale immobilisée par l'extension est très utile pour provoquer un degré d'irritation entre les nouveaux contacts osseux, de façon à apporter les modifications de circulation et de nutrition nécessaires pour l'organisation de la néarthrose qu'on peut rationnellement croire constituée en l'espace de quatre mois.

Pendant cette première période, la plus pénible pour le malade, le traitement est généralement bien supporté. Dans certains cas on note quelque malaise au talon, et même un peu d'excoriation qu'il est facile de supprimer sans interrompre la cure extensive.

Cette première période écoulée, on enlève l'appareil à extension et on entoure tout le membre et le bassin avec des bandes de flanelle. Ce bandage est renouvelé pendant environ quinze jours, afin d'éviter l'excès d'œdème.

On doit promptement commencer les exercices de marche; mais avec l'appui de béquilles et en avertissant le malade de faire attention à porter le pied tourné en dehors. Le soir, on applique une guêtre pour continuer l'extension avec les poids, pendant la nuit. En même temps on utilise aussi la cure électrique et le massage qui se répète deux fois par jour.

Cette seconde période se prolonge pendant quatre mois. Puis on supprime les béquilles pour quelques heures par jour, les remplaçant par deux bâtons et après quatre autres mois on laisse le malade promener librement.

Il est nécessaire, néanmoins, d'insister sur la cure hygiénique, l'électricité et le massage, et de recommander sans trêve la plus grande attention dans la pose du pied.

Bien qu'on puisse dire que mon traitement doive rigoureusement durer une année, je puis assurer que les avantages vont toujours en augmentant pendant plusieurs années, jusqu'au complet développement de l'individu; et le résultat sera d'autant meilleur que les soins auront été plus scrupuleux pour la cure complémentaire.

J'applique encore un corset mécanique, avec béquillons sous-axillaires, que je fais porter environ huit mois, quand on commence à marcher sans béquilles. Il sert à soutenir le tronc jusqu'à ce que la position anormale de la colonne vertébrale se soit modifiée et que l'inclinaison du tronc soit devenue correcte en marchant.

Nous verrons les résultats; je dirai qu'en général ils satisfont les malades et leur famille. Un grand nombre de confrères qui ont visité mes opérés avec moi ont été convaincus. Les plus exigeants n'ont pu faire moins que de constater le maintien du membre dans la position la plus avantageuse et l'organisation *définitive* d'une néarthrose.

(*A suivre.*)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité des maladies de l'enfance, par le Dr Jules Comby, médecin des hôpitaux de Paris. — 1 vol. in-12, Paris, 1893. (Rueff et Cie, éditeurs.)

Ce volume n'est pas seulement un manuel des maladies de l'enfance, ainsi que pourrait le faire supposer le format in-12 qui a été adopté, mais un véritable traité, groupant en 872 pages, les affections et les diathèses qui appartiennent à la pathogénie infantile. Ce livre met « au point » les données actuelles sur ces affections et ces diathèses; il constitue un tout complet, qui peut servir de recours au praticien dans les cas simples et les cas difficiles.

Ce livre, nous dit M. Comby, est le fruit de dix ans d'études cliniques au Dispensaire pour enfants malades que la Société philanthropique a ouvert en 1883 à la Villette. « Pendant cette période, déjà longue, je n'ai pas donné moins de 70.000 consultations gratuites et j'ai recueilli des matériaux considérables. Fort de l'expérience que j'ai pu acquérir dans ce vaste champ d'études, je n'ai pas voulu me borner à une œuvre de compilation et j'ai souvent fait appel à mes observations personnelles. »

Aussi ce livre constitue-t-il un traité original. Il est divisé en deux parties : la première, pour les maladies générales; la seconde, pour les maladies locales ou organiques. Dans la première partie, M. Comby étudie les maladies infectieuses (section I) et les maladies dyscrasiques (section II).

« Le groupe des maladies infectieuses, si important en médecine infantile, tend à s'accroître tous les jours par les progrès de la science. Il ne comprenait autrefois que les fièvres éruptives et les maladies qui s'en rapprochent; il englobe aujourd'hui des maladies considérées autrefois comme diathèses (tuberculose, syphilis), ou comme phlegmasies (pneumonies, pleurésies, etc..). Presque toutes les affections aiguës fébriles devraient rentrer dans ce groupe. Cependant, je conserverai la classification organique pour les maladies qui, quoique infectieuses et capables de se généraliser, se cantonnent habituellement sur un viscère, sur un organe de prédilection. Cette classification, quoique surannée, offre, pour l'étude, de réels avantages.

« Je ne comprendrai provisoirement, dans le cadre des maladies infectieuses, que celles dont l'origine microbienne est certaine ou vraisemblable et dont les effets se font sentir à l'économie tout entière.

« Après avoir décrit la classe si importante des maladies générales infectieuses, je passe aux maladies dystrophiques ou dyscrasiques, qui, chez l'enfant, sont moins nombreuses et moins fréquentes que chez l'adulte. Parmi ces états on cite tempéraments morbides, qui résultent essentiellement de

troubles nutritifs profonds et durables, les uns sont héréditaires et *diathésiques*, les autres sont acquis et figurent parmi les *maladies d'évolution*. Cette dernière section de la PREMIÈRE PARTIE sera donc subdivisée en deux chapitres : 1° les diathèses : scrofule, arthritisme (obésité, asthme, migraine, diabète), hémophilie; 2° les dyscrasies acquises : anémie, maladies de croissance, athrepsie, rachitisme.

« LA SECONDE PARTIE de ce volume est consacrée aux maladies locales et régionales, c'est-à-dire localisées à un organe ou à un système d'organes. Comme je l'ai déjà dit, plusieurs de ces maladies sont infectieuses, quelques-unes même relèvent de microbes parfaitement déterminés. Mais elles frappent un viscère à l'exclusion des autres, elles sont organiques à ce titre. D'autre part, plusieurs de ces maladies organiques, certaines affections nerveuses ou cutanées par exemple, sont étroitement liées aux diathèses précédemment décrites. Elles ne sont donc pas aussi nettement localisées qu'elles le paraissent. Ces objections, que j'ai prévues et qui ne manquent pas de portée, peuvent être adressées à toutes les classifications biologiques. J'ai donc passé outre, parce qu'il fallait adopter un ordre simple et utile, mais je ne prétends pas avoir trouvé une classification irréprochable. La seconde partie du livre est divisée en autant de sections qu'il y a de systèmes organiques; la septième et dernière section est réservée aux maladies de la peau. »

Tel est le plan très simple de ce livre. M. Comby y décrit avec méthode et clarté les affections qu'il a ainsi groupées. C'est un véritable *vade-mecum* pour tout praticien. Ajoutons que le luxe de la reliure et de l'impression en rend plus agréable encore la lecture.

LE NICOTINISME, ÉTUDE DE PSYCHOLOGIE PATHOLOGIQUE, par le Dr Émile LAURENT, ancien interne à l'Infirmerie centrale des prisons de Paris. Avec dix portraits hors texte. (Société d'Éditions scientifiques, 4, rue Antoine-Dubois, place de l'École de médecine, Paris, 1893.)

M. Decroix, président de la Société contre l'abus du tabac, a fait une préface pour ce livre; c'est dire que ce dernier signale, et à juste titre, les dangers de cette coutume avec une louable énergie. M. Laurent expose ce qu'il a été à même de voir et d'apprécier, soit dans sa clientèle, soit comme interne des infirmeries des prisons.

La première partie traite de généralités : variétés botaniques de la nicotiane, culture et industrie du tabac, composition du tabac, la nicotine, le tabac en thérapeutique.

La seconde contient des détails curieux sur l'histoire du tabagisme, origine de la pipe, de la prise, de la chique, etc...

M. Laurent, dans les causes du nicotisme, expose que ce dernier est dû à la recherche des sensations nouvelles, qu'il est dû à l'imitation, et à l'attrait du fruit défendu dans la jeunesse, à la suggestion.

On doit recommander la lecture des quatrième et cinquième parties : action du tabac sur les différents organes; son action adjuvante sur la phtisie, l'asthme, les maladies du cœur, de l'intestin, de l'estomac, etc...; action déprimante sur l'intelligence; action anaphrodisiaque, dont l'auteur déduit des considérations sur la dépopulation.

Ensuite, M. Laurent nous entretient du rôle du tabac au point de vue social; il s'étend sur l'inconvénient de tolérer le tabac dans les prisons et des avantages de la suppression.

La huitième partie est très curieuse; elle porte sur le traitement et de la guérison du nicotinisme par la suggestion et l'hypnotisme.

En résumé, ce volume constitue une étude originale et très documentée du nicotinisme, et sa lecture mérite d'être très vivement recommandée, car il démontre les tristes conséquences de cette déplorable habitude.

R. F.-M.

CHIRURGIE OPÉRATOIRE. — CURE RADICALE DES HERNIES AVEC UNE ÉTUDE STATISTIQUE DE 275 OPÉRATIONS, par M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis. Un vol. in-8° de 724 pages. — Rueff et Cie, éditeurs. Paris, 1892.

On ne saurait s'attendre à trouver ici un résumé du livre de M. Lucas-Championnière. Qu'il me suffise de dire tout d'abord que ce traité de la cure radicale des hernies n'est pas seulement la deuxième édition de l'ouvrage, beaucoup plus modeste, publié en 1886 et dont j'ai rendu compte dans ce même journal. A part un exposé des principes et quelques généralités sur les hernies, c'est un travail absolument nouveau. Et il faudrait disposer d'un bien grand nombre de lignes pour reproduire un sommaire capable de donner au lecteur une idée des richesses qui y sont contenues. Ce livre offre à notre méditation le produit d'une longue pratique, le fruit de onze années de travail pendant lesquelles deux cent soixante-quinze fois la cure radicale de la hernie sans étranglement a été pratiquée, pendant lesquelles l'habile chirurgien de Saint-Louis a patiemment établi, puis perfectionné la méthode qu'il expose.

Ce n'est pas, en effet, un procédé déjà connu de cure radicale que M. Lucas-Championnière a adopté, il a institué une méthode absolument personnelle. Par leur groupement, leur succession, leur perfection mathématique, certains détails et un bon nombre de pratiques nouvelles dans la conduite de l'opération constituent sa méthode. Celle-ci a pour triple but de modifier ou détruire la séreuse en vue de supprimer la tendance au glissement interstitiel; de constituer à la place du pertuis de la paroi, de l'orifice ou du canal, la cicatrice la plus résistante possible; de détruire dans le sac les parties non indispensables aux fonctions qui sortent de l'abdomen.

Mal vue il y a quelques années, la cure radicale n'est plus à défendre aujourd'hui, même dans les cas rares où une hernie ne peut être guérie au sens absolu du mot; l'opération de la cure radicale que l'on tente est encore favorable au sujet en le mettant à l'abri des accidents ou complications herniaires, en le plaçant dans des conditions infiniment plus favorables aussi bien au point de vue de la douleur qu'au point de vue de sa sécurité. L'opération qui permet d'obtenir ce résultat, est assez compliquée et ne doit pas être comparée aux innombrables procédés proposés dans le même but qui laissent, soit des amorces de hernies, soit même des hernies entièrement constituées ne demandant qu'à grandir. Elle s'applique avec des modifications à toutes les variétés de hernies dans toutes les régions. Ses principaux temps consistent en incision sur le sac, ouverture et libération de ce dernier, tractions sur la séreuse, pédiculisation; ligature et fermeture du péritoine. Des figures schématiques très claires indiquent de quelle façon ces diverses phases de l'opération doivent être exécutées.

Les indications de l'opération varient avec l'âge. De six ou sept ans à quarante ans les sujets courent, du fait de la cure radicale, des chances de mort extrêmement minimes. Aussi, pour eux, la cure radicale paraît-elle devoir être la règle. Après quarante ans le danger de l'opération croît notablement,

à moins que le sujet ne soit particulièrement vigoureux ou que la hernie ne soit manifestement gênante, incoercible ou douloureuse. Chez les vieillards il faut être encore bien plus parcimonieux et n'intervenir que si la vie est menacée ou si cette dernière est rendue, du fait de la hernie, insupportable.

La cure radicale non seulement guérit une difformité, mais elle remédie à une infirmité, et soulage des douleurs. Elle restitue, en effet, au sujet, une conformation à peu près normale, qui lui rend des possibilités de travail et lui permet de reprendre comme valide dans la société des situations auxquelles il aurait dû renoncer. C'est ainsi que certains ont été rendus aptes au service militaire, que d'autres ont pu s'adonner à nouveau à des travaux de force qu'ils avaient dû abandonner, que d'autres enfin ont été rendus à la vie commune, au mariage, dont leurs infirmités les tenaient éloignés.

Le livre de M. Lucas-Championnère est accompagné de la statistique complète des opérations de cure radicale de hernie sans étranglement pratiquées par l'auteur. L'état des sujets revus a été établi. Bien que le chiffre de ces derniers soit relativement faible, puisqu'il est de 112, il a fallu, semble-t-il, prendre beaucoup de peine pour les retrouver en dehors des sujets n'appartenant pas à la pratique hospitalière. Mais sur l'ensemble le nombre est encore démonstratif et les durées de guérison observées de dix ans à quatre mois, ajoutent à l'intérêt qui s'attache aux preuves anatomiques de la guérison. Ces preuves irréfutables ont été fournies par la dissection du cadavre d'un sujet opéré depuis plus de deux ans et demi.

M. Lucas-Championnière a voulu décrire l'opération sur le vivant comme il l'a déjà fait et compte le faire pour celle des opérations qu'il connaît le mieux. Nous enregistrons avec empressement cette dernière promesse qui comblera les vœux de tous ceux qui admirent les qualités maîtresses du chirurgien de Saint-Louis et qui regrettent de ne pouvoir, par un contact journalier, profiter de ses savantes leçons.

Traité d'anatomie pathologique générale et spéciale, par Ziegler, professeur d'anatomie pathologique et de pathologie générale à l'Université de Fribourg (Bade). Traduit sur la 6e édition allemande (1889) et annoté par MM. G. Augier, professeur d'anatomie pathologique à la Faculté libre de médecine de Lille, et Van Ermengen, professeur de bactériologie à l'Université de Gand. Volume I. — A. Manceaux, libraire éditeur. Bruxelles, 1892.

La bactériologie est venue étendre d'une façon notable, le domaine de l'anatomie pathologique. Ses progrès incessants expliquent les difficultés qu'on éprouve à présenter des études à jour. Il n'a pas fallu moins, en effet, que le travail assidu de deux maîtres habiles pour livrer à la publicité la traduction du premier volume de l'anatomie pathologique de Ziegler, mis par des annotations au dernier point de la science contemporaine.

Ce premier volume traite de l'anatomie pathologique en général et de la pathologenèse. L'état morbide et ses symptômes, l'étiologie générale et la genèse des maladies, les troubles de la circulation du sang et de la lymphe, les anomalies de la nutrition, les métamorphoses régressives et progressives, l'inflammation et la néoformation des tissus y sont successivement étudiés. Les tumeurs et les malformations reçoivent des développements suffisants.

Nous tombons ensuite en pleine bactériologie avec les schizomycètes parasitaires et les altérations pathologiques qu'ils déterminent dans les tissus. La biologie générale de ces microorganismes, leurs multiplications, leurs productions, leurs fermentations, sont l'objet d'examens plus ou moins étendus. Il importe de signaler une étude particulière relative à chacun des microbes connus.

On a pris garde aussi de ne pas passer sous silence les moisissures et de bien mettre en saillie, au contraire, les lésions qu'elles déterminent.

Enfin le chapitre relatif aux parasites animaux termine le volume.

Un traité d'anatomie pathologique ne s'analyse pas. On peut tout au plus énoncer quelques têtes de chapitres afin de moutrer l'esprit qui a présidé à la conception de l'ouvrage.

Les traducteurs, quels qu'ils soient, ont toujours à remplir une tâche ingrate aggravée par le désir qu'ils peuvent avoir d'annoter et de rectifier les opinions qu'ils ne partagent pas. MM. Augier et Van Ermengen s'en sont tirés à leur honneur et le livre qu'ils nous présentent, d'une lecture facile, fait désirer qu'il soit bientôt complété par la publication du volume qui reste à paraître.

Des résections de l'avant-bras après les traumatismes des parties molles, par M. Charles. — Th. Paris.

Il est des traumatismes importants, tels que ceux causés par des coups de carde, de cylindre ou d'engreuage, qui déterminent de vastes pertes de substance et metent à nu le squelette sur une vaste étendue. Jusqu'ici la pratique des chirurgiens a été l'amputation immédiate, comme unique moyen de régularisation de ces vastes délabrements.

Mais il est des blessures moins graves : l'étendue des lésions est moindre et le squelette n'est point dénudé, une partie des masses musculaires est intacte. La résection primitive est indiquée quand la nature des désordres ne permet pas d'espérer une conservation suffisante des fonctions de la main. La résection secondaire donne d'excellents résultats quand, par le fait de lésions anciennes des parties molles, rétractions cicatricielles, sections tendineuses ou nerveuses, la main a perdu la totalité ou une partie importante de ses fonctions. La première diminue la durée du traitement, donne des résultats très supérieurs à ceux de la simple conservation ; la seconde permet une restauration notable de l'organe de la préhension qu'elle peut rendre utile. Et ces opérations ont pour elles de ne pas présenter de dangers particuliers.

L'auteur rapporte de nombreuses observations à l'appui de chacune des opinions qu'il émet. Il nous enseigne en outre que pour maintenir efficacement la coaptation et pour éviter l'entrecroisement des os il est indiqué de compléter la résection par une suture osseuse. La section en mortaise et tenon pratiquée facilement avec la scie à marqueterie rendant cette coaptation plus régulière, est tout particulièrement à recommander.

Le travail de M. Charles est à consulter. Il prend place dans la série des bons mémoires que M. Guermonprez (de Lille) sait inspirer à ses élèves.

Ch. Amat.

BULLETIN

SOMMAIRE. — Régénération d'un nerf sectionné. — Charbon humain inoculé par une brosse. — Election à l'Académie de médecine.

— M. Laborde a pris la parole à l'Académie, sur un cas de suture nerveuse pratiquée par M. Berger, un certain temps après la section du nerf et à la suite de laquelle ce dernier a vu se rétablir, à très bref délai, dans le territoire innervé, d'abord la sensibilité et ensuite, et progressivement, la fonction des muscles plus ou moins atrophiés et impotents.

On a dit, dans d'autres faits analogues, que le retour de la sensibilité pouvait se reproduire immédiatement après l'opération.

Le fait du retour immédiat de la sensibilité, s'il est réel, comment peut-il être scientifiquement interprété et expliqué? C'est ce que M. Laborde va examiner. Plusieurs hypothèses ont été émises à ce sujet. Il y en a une qui consiste à supposer qu'en mettant au contact les deux bouts du nerf, on rétablit immédiatement la continuité du courant de transmission nerveuse, de la même façon qu'en opérant le contact des bouts d'un électrode, on établit le courant électrique.

Malheureusement, cette hypothèse ne peut être justifiée physiologiquement; M. Laborde a souvent recherché par le contact des bouts d'un nerf sectionné le rétablissement de la continuité du nerf et de sa conductibilité fonctionnelle, chez les mammifères, chez les batraciens, et jamais, en dehors du délai normal de régénération des tubes nerveux, il n'a vu se rétablir la conductibilité fonctionnelle proprement dite, et si parfois l'excitation périphérique d'un nerf sectionné et suturé a paru donner les réactions de la sensibilité, le phénomène — ainsi que cela a été démontré surabondamment — est dû à l'existence de suppléances anastomotiques et à la sensibilité recurrente.

Voici ce qu'il a pu constater relativement à ces deux points:

I. — Lorsque l'on coupe, sur un chien, l'un des troncs nerveux de la patte, sans toucher aux autres, la sensibilité, soit réflexe, soit consciente, n'est jamais abolie, ni même diminuée, dans aucun point de cette patte, ni, par conséquent, dans le territoire innervé par les expansions du nerf coupé.

Cette sensibilité persiste tant qu'il reste un des nerfs du membre, mais elle paraît diminuer notablement, au fur et à mesure que les sections successives diminuent et suppriment les voies anastomotiques collatérales.

La sensibilité ne disparaît complètement que lorsque tous les nerfs — sans en excepter un seul — ont été coupés.

C'est la confirmation des expériences d'Arloing et Tripier, avec cette nuance, qui renforce encore la démonstration, que les modifications de la sensibilité semblent suivre proportionnellement la diminution ou la suppression du champ des anastomoses nerveuses.

II. — La constatation de la sensibilité qui résulte de la recherche directement faite sur le bout périphérique du nerf sectionné est toujours plus efficace que celle de l'exploration de la surface cutanée: ce qui permet de penser, que si, chez l'homme, on pouvait agir et on agissait, pour cette recherche, sur le tronc nerveux lui-même, on déterminerait des phénomènes de sensibilité, dans des cas où l'exploration extérieure ou cutanée ne donne que des effets négatifs ou peu appréciables.

III. — Dans les cas où le traumatisme expérimental a été violent, avec section simultanée des troncs vasculaires de la région et hémorragie, les phénomènes de sensibilité, ou bien ont immédiatement fait défaut, ou bien sont réduits à un minimum à peine perceptible; mais le déficit n'est que momentané, il dure deux à trois heures en moyenne, et l'on constate ensuite le retour des fonctions sensitives.

C'est là le résultat des effets suspensifs du choc traumatique.

IV. — La suture immédiate des bouts divisés, faite de manière à établir le plus exactement l'affrontement et le contact, n'a jamais amené le rétablissement fonctionnel de la conductibilité propre du nerf divisé, avant que la réparation régénératrice ne fût effectuée. Si, en effet, après la section d'un tronc nerveux et sa suture immédiate et parfaite, on sectionne toutes les branches collatérales en ne laissant subsister que le nerf suturé, on ne constate plus aucun signe de sensibilité.

V. — La dégénérescence du bout périphérique ne manque jamais; cependant quand on examine le bout périphérique du nerf coupé, on constate qu'il reste toujours quelques fibres nerveuses non dégénérées, et qui, par conséquent, doivent être restées en rapport avec les racines postérieures. Il est incontestable que ces fibres remontent à la moelle par un autre nerf et que ce sont les fibres de la sensibilité récurrente. La persistance de ces fibres non dégénérées n'avait pas été signalée jusqu'à présent.

VI. — Il est à remarquer, en outre, que si les fonctions de sensibilité sont conservées ou semblent revenir très rapidement, il n'en est pas de même des fonctions de motricité, qui elles, sont toujours et longtemps supprimées et ne reparaissent que fort lentement avec la séparation du nerf.

VII. — Il est également à remarquer qu'à la suite des sections nerveuses, tous les modes de la sensibilité ne sont pas également altérés; il semble que la sensibilité à la pression persiste dans tous les cas. Cette constatation est bien en rapport avec ce que nous savons de la sensibilité recurrente. En effet, il semble que la sensibilité récurrente soit toujours plus obtuse que la sensibilité régulière; or, comme la sensibilité de pression répond à un mode de sensibilité moins exquise que la sensibilité de contact, rien de surprenant à ce qu'elle soit conservée quand cette dernière est très altérée. C'est ce qu'on a vu chez l'homme, en particulier dans certains cas de section du trijumeau.

VIII. — Dans cette persistance de la sensibilité après section nerveuse, il faut encore tenir compte des suppléances anatomiques. Nous pouvons dire que dans tous les cas, on trouve toujours des filets nerveux non décrits, qui se rendent à la région innervée par le nerf sectionné.

De cette étude M. Laborde conclut:

A. — Il n'est pas possible, d'après les données physiologiques et expérimentales, d'attribner au simple affrontement, au contact le mieux établi des bouts du nerf divisé, la restitution organique et fonctionnelle du nerf, qui serait dès lors immédiate, extemporanée.

B. — La régénération des tubes nerveux, par le mécanisme bien démontré du bourgeonnement central et de l'expension périphérique des nouvelles fibres nerveuses, est nécessaire, indispensable pour la restitution organique et fonctionnelle en question.

C. — Les conditions diverses, relatives, soit à la suspension momentanée, soit à la persistance, ou au retour plus ou moins rapide de la sensibilité, trouvent, pour une grande part, leur

explication et leur interprétation rationnelle, conformes aux données physiologiques, dans les éléments suivants :

1° Phénomènes de sensibilité récurrente ;

2° Phénomènes d'arrêt fonctionnel sous l'influence du choc traumatique, quand il existe ;

3° Suppléances anatomiques, par suite d'anomalies plus ou moins fréquentes dans la présence et la distribution de branches nerveuses, qui ne rentrent pas dans le plan normal ;

4° La présence de fibres récurrentes non dégénérées dans le bout périphérique, pouvait aider à la réparation plus rapide du nerf, et par conséquent à une récupération fonctionnelle plus hâtive.

D. — Les phénomènes d'arrêt ou d'inhibition, et d'hyperexcitabilité fonctionnelle ou de dynamogénie, ne sont pas contestables, au point de vue du fait ; l'expérimentation et la clinique le démontrent de la façon la plus nette.

Ils peuvent, pour leur part, intervenir pour l'interprétation physiologique de certaines conditions fonctionnelles, à la suite des sections nerveuses et de l'intervention chirurgicale ; mais ils ne sauraient, selon nous, être invoqués pour la compréhension du rétablissement persistant, et surtout définitif, des fonctions propres des conducteurs nerveux, en dessus de sa régénération.

E. — Les médications et l'efficacité de la suture, qui ne sauraient être constatées, se justifient surtout, et mieux qu'on ne pourrait le prévoir, par les résultats et les déductions tirés de l'observation expérimentale et des versions physiologiques.

— Voici un fait intéressant communiqué par M. Girode à la Société de Biologie.

M. X..., 45 ans, passe le 19 mai chez son coiffeur ; au moment où l'on termine sa toilette par un coup de brosse, il éprouve tout d'un coup une sensation de vive piqûre au milieu du front. Il ne s'écoule pas de sang, mais on constate une légère éraflure épidermique qui, le soir, est très prurigineuse et croûtelleuse le lendemain. En même temps, il se développe un œdème blanc envahissant et assez ferme.

Les jours suivants, le gonflement augmente ; au milieu du front et un peu à gauche de la ligne médiane apparaissent deux groupes de vésicules claires disposées en cercle, avec un centre encore pâle. On note, au voisinage de l'oreille gauche, deux ganglions un peu engorgés et douloureux. L'état général est à peine impressionné.

Dès le 25, la tuméfaction est considérable, empiète sur le cuir chevelu, les paupières, le nez et les joues, enfin la tempe et l'oreille gauches. C'est un œdème pâle, assez dur, peu douloureux. Les groupes vésiculeux sont assez louches et leur centre devient violacé. Il existe de l'abattement alternant avec de l'agitation nerveuse.

Le 26 au matin, une petite eschare noire apparaît au centre de chaque groupe vésiculeux et s'enfonce en cône dans le derme. Le malade ayant pris un peu de chloroforme, on pratique au thermo-cautère une large cautérisation de la région malade. De plus, ce même jour et les jours suivants, on circonscrit la lésion par des injections phéniquées à 1/50.

Pendant deux jours l'état local se modifie peu, et le gonflement fait même encore quelques progrès. Mais à partir du 29, l'affection est manifestement arrêtée, le gonflement œdémateux diminue lentement. Le 10 juin il ne reste que la trace de l'intervention par le feu. L'eschare se détache le 15 juillet et quelques semaines plus tard la plaie est complètement cicatrisée.

Ainsi, la notion étiologique et les phénomènes locaux commandaient le diagnostic : pustule maligne, que MM. Quenu et Terrier confirmaient en dirigeant le traitement.

M. Girode a fait quelques recherches complémentaires à propos de ce cas. C'est seulement le 26 qu'il a pu recueillir sur des lamelles un peu de lymphe pour l'examen microscopique. La moitié des préparations a montré nettement la présence de bacilles charbonneux. Le 27, il prenait un peu de la lymphe éliminée des cratères de cautérisation et de sang recueilli à l'occasion des injections hypodermiques. Ces produits ont été inoculés au cobaye sans résultat. Enfin il a examiné la brosse incriminée. La plus grande partie des crins a été ébarbée à l'extrémité ; les fragments recueillis et amenés à l'aide de bouillon stérile à la consistance d'une pâte molle, ont été insérés sous la peau d'un cobaye. L'animal est resté bien portant.

Malgré le caractère incomplet de ces renseignements, il n'y a pas moins là un appoint, à la notion de la persistance, dans un degré vraiment inouï, de la virulence des produits provenant d'animaux charbonneux. Ceci intéresse l'histoire étiologique du charbon humain, et touche à un point d'hygiène générale connexe aux faits de même ordre observés chez les crémiers et les beurriers.

— L'élection qui a eu lieu dans la dernière séance de l'Académie de médecine (élection d'un membre titulaire dans la section d'hygiène et de médecine légale) a donné les résultats suivants :

Votants 78. — Majorité 40.

MM. Magnan...........	59 voix.	Élu.
Motet.............	14 —	
Napias............	3 —	

Bulletins blancs, 2.

MÉDECINE PRATIQUE

Contre les menaces d'avortement.

Wilson recommande la mixture suivante dans ces cas :

Teinture d'opium déodorisée.	10 gouttes
Bromure de sodium...... ...	10 grammes.
Hydrate de chloral.........	6 —
Sirop de gomme............	30 —
Eau......................	90 —

Une cuillerée à dessert dans un peu d'eau toutes les quatre heures.

(*Lancet clinic.*, in *Med. and Surgic. Reporter*, 25 février 1893.)

Onguent d'Allingham contre les hémorrhoïdes.

Sous-nitrate de bismuth.	4 grammes
Calomel...............	0 06 centigr.
Morphine..............	0 20 —
Glycérine.............	4 grammes
Vaseline..............	4 —

(*Med. and Surgic. Reporter*, 25 février 1893.)

NOUVELLES

Missions scientifiques. — Par arrêté en date du 3 mars, M. L. Mabilleau, professeur de philosophie à la Faculté des lettres de Caen, est chargé d'une mission en Espagne, à l'effet d'y étudier les manuscrits grecs d'origine byzantine conservés dans les grandes bibliothèques de ce pays et d'y poursuivre des recherches relatives à l'histoire de la culture byzantine.

— M. R. Cagnat, membre du Comité des travaux historiques, professeur au collège de France, est chargé d'une mission en Algérie, à l'effet de dresser le catalogue des collections du musée de Lambèse.

Facultés et Ecoles des départements. — *Faculté de médecine et de pharmacie de Toulouse.* — Par arrêté en date du 1er mars, M. Ambialet, docteur en médecine, prosecteur à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Toulouse, est chargé, jusqu'au 1er novembre 1895, des fonctions d'agrégé d'anatomie et d'histologie à ladite Faculté en remplacement de M. Rédart appelé à d'autres fonctions.

Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux. — Par arrêté en date du mars, M. Dennce, agrégé près la Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux, est chargé, en outre, du 1er mars au 31 octobre 1893, d'un cours de pathologie externe à ladite Faculté.

Ecole de médecine et de pharmacie de Nantes. — Par arrêté en date du 3 mars, M. Bureau (Maurice-Louis), docteur en médecine, est nommé chef de clinique médicale à l'école de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes, en remplacement de M. Landois dont le temps d'exercice est expiré.

Ecole de médecine et de pharmacie d'Alger. — Par arrêté en date du 7 mars, M. Aguilar (Adolphe), est nommé du 1er janvier au 30 octobre 1893, préparateur de physique et de chimie à l'école de plein exercice de médecine et de pharmacie d'Alger, en remplacement de M. Delaval, démissionnaire.

Ecole de médecine et de pharmacie d'Angers. — Par arrêté en date du 7 mars, M. Lepage (Georges-Louis), docteur en médecine, est nommé, pour un an, chef de clinique médicale à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers, en remplacement de M. Thibault, démissionnaire.

Lycée d'Angoulême. — Par arrêté en date du 23 février, M. le Dr Fournier, médecin adjoint du lycée d'Angoulême, est nommé médecin dudit lycée, en remplacement de M. le Dr Machenaud, décédé et M. le Dr Gilson, est nommé médecin adjoint, en remplacement de M. le Dr Fournier.

Faculté de Médecine de Paris. — M. le Dr Dareste commencera ses conférences pratiques d'embryogénie normale et tératologique, le mardi 11 avril, et les continuera les samedi et mardi de chaque semaine.

Laboratoire de tératologie à l'Ecole pratique de la Faculté de médecine (bâtiment du musée Dupuytren).

Chemins de fer de Paris à Lyon et à la Méditerranée. — *Grandes fêtes a Rome à l'occasion du Jubilé épiscopal du Pape.* — Billets d'aller et retour de 1re, 2e et 3e classe à prix réduits pour Rome, valables pendant 60 jours, délivrés dans toutes les gares du réseau sur demande adressée 3 jours au moins à l'avance.

1° Aller et retour par le Mont-Cenis. — Itinéraire : Modane, Turin, Gênes, Pise et retour par la même voie ;

2° Aller et retour par la Corniche. — Itinéraire : Vintimille, San-Remo, Gênes, Pise et retour par la même voie ;

3° Aller par le Mont-Cenis et retour par la Corniche ou réciproquement. — Itinéraire : Modane, Turin, Gênes, Pise. Rome. Pise, Gênes, Vintimille ou *vice versa.*

Prix des billets : Les prix des billets seront ceux fixés par le tarif spécial des billets d'aller et retour ordinaires pour les parcours P. L. M. et ceux indiqués ci-après pour les parcours italiens, selon l'itinéraire choisi :

1° Pour les aller et retour *via* Mont-Cenis : 1re classe : 122 fr. 75 ; — 2e classe : 85 fr. 70 ; — 3e classe : 52 fr. 80 ;

2° Pour les aller et retour par la Corniche : 1re classe : 103 francs ; — 2e classe : 72 francs ; — 3e classe 44 francs ;

3° Pour les aller par le Mont-Cenis et retour par la Corniche : 1re classe : 112 fr. 90 ; — 2e classe : 78 fr. 90 ; — 3e classe : 48 fr. 50.

Franchise de 30 kilos de bagages sur les parcours français ; aucune franchise de bagages sur les parcours italiens.

Billets valables pour tous les trains comportant des voitures de même classe, dans les mêmes conditions que les billets à plein tarif.

Arrêts facultatifs sur le réseau P. L. M. Trois arrêts au choix du voyageur en Italie, tant à l'aller qu'au retour.

Billets délivrés : 1° dans toutes les gares du réseau P. L. M. ; — 2° dans les bureaux de la Compagnie, rue St-Lazare, 88 ; rue des Petites-Ecuries, 11 ; rue de Rambuteau, 6 ; rue du Louvre, 44 ; rue de Rennes, 45 ; rue St-Martin, 225 ; place de la République, 8 ; rue Ste-Anne, 6 et rue Molière, 7 ; rue Etienne-Marcel, 18 ; — Bureau général des billets de chemins de fer de l'Hôtel Terminus de la gare de Paris St-Lazare (Général Ticket Office) ; — 3° dans les agences de voyages ci-après : Cook et fils, place de l'Opéra, 1, et Grand-Hôtel, boulevard des Capucines ; H. Gaze et fils, rue Scribe, 3 ; Lubin, boulevard Haussmann, 36 ; Vagons-lits, place de l'Opéra, 3 ; Indicateur Duchemin, rue de Grammont, 20 ; Voyages économiques, rue Auber, 10 et rue du faubourg Montmartre, 17 ; Swan et Leach, rue Favart, 14.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Société d'éditions scientifiques, 4, rue Antoine-Dubois, Paris.

Le Nicotinisme, nouvelle étude de psychologie, par le Dr Emile Laurent, ancien interne à l'infirmerie centrale des prisons de Paris. Avec 10 portraits hors texte.

Nota. — Ce volume fait partie de la bibliothèque générale de physiologie (prix 3 fr. 50), et sera expédié franco contre un mandat.

Cours de physiologie et d'hygiène de la voix professé au Conservatoire national de musique et de déclamation en 1892, par M. le Dr Gougueuheim, médecin du Conservatoire et de l'hôpital Lariboisière. — Paris, 1893.

Sur les streptocoques, par le Dr Félix Marot, préparateur attaché au laboratoire de la clinique des enfants malades. — Paris, 1893.

Etude sur les aortites, par le Dr Maurice Bureau, ancien interne des hôpitaux. — Paris, 1893.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU 12 AU 18 MARS 1893

Fièvre typhoïde, 6. — Variole, 0. — Rougeole, 8. — Scarlatine 0. — Coqueluche, 23. — Diphtérie, croup, 28. — Affections cholériformes, 0. — Phtisie pulmonaire, 215. — Autres tuberculoses, 39. — Tumeurs cancéreuses et autres, 49. — Méningite, 31. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 38. — Paralysie, 7. — Ramollissement cérébral, 15. — Maladies organiques du cœur, 79. — Bronchite aiguë et chronique, 56. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 94. — Gastro-entérite des enfants : Sein, biberon et autres, 41. — Fièvre et péritonite puerpérales. 2. — Autres affections puerpérales 2. — Débilité congénitale et vices de conformation, 26. — Sénilité, 28. — Suicides et autres morts violentes, 23. — Autres causes de mort, 147. — Causes inconnues, 8. — Total : 999.

Le Rédacteur en chef et gérant : F. de Ranse.

Paris. — Typ. A. Davy, 52, rue Madame. — *Téléphone.*

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Rédacteur en chef : M. le Dr F. DE RANSE

Comité de Rédaction : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN
J. ARNOULD (de Lille), P. FABRE (de Commentry), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon)

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, avenne Montaigne (Rond-Point des Champs-Élysées)

CLINIQUE CHIRURGICALE

STATISTIQUE ET OBSERVATIONS DE CHIRURGIE HOSPITALIÈRE,

Par le Dr Polaillon,
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu, professeur agrégé à la Faculté,
Membre de l'Académie de médecine.

J'ai laissé s'écouler une longue période avant de publier la statistique de mon service, afin de présenter des résultats plus sûrs et plus probants.

Ma statistique commence en 1879 à l'hôpital de la Pitié et se continue à l'Hôtel-Dieu. Elle comprend, dès à présent, une période ininterrompue de quatorze années. Les premiers chapitres représentent donc ma pratique pendant cette durée. Mais, à mesure que le temps marchera, les nouveaux chapitres embrasseront une période plus étendue. J'aurai soin d'en avertir le lecteur.

La classification des maladies chirurgicales par région m'a paru la plus simple. Je m'occuperai d'abord des *maladies des membres*, puis des *maladies du tronc*, les unes et les autres se divisant en *affections traumatiques*, *affections organiques* et *malformations*. Après les maladies de chaque région, je donnerai la statistique des *opérations* Enfin je terminerai par les *tumeurs*. et les *maladies infectieuses*.

Ce plan est beaucoup plus vaste que celui des statistiques où l'on se borne à consigner les résultats opératoires. En réalité, je donne le compte-rendu intégral de toutes les maladies qui ont passé sous mes yeux. J'ai pensé qu'il était aussi intéressant de savoir ce que deviennent les malades traités sans opération que de savoir le sort des opérés.

Aux données statistiques j'ai ajouté les observations les plus importantes et quelques courtes réflexions sur les faits qui m'ont frappé et qui peuvent servir à la pathologie, à l'étiologie, au traitement.

Enfin, il est utile de faire remarquer que ma statistique n'a trait qu'à des adultes, très exceptionnellement à des enfants.

A l'hôpital de la Pitié, mon service comptait 46 lits d'hommes et 24 lits de femmes, et à l'Hôtel-Dieu, 24 lits d'hommes et 24 lits de femmes, plus un certain nombre de lits supplémentaires. Dans ces deux hôpitaux, une installation spéciale pour les ovariotomies et les opérations analogues était à ma disposition.

STATISTIQUE

DES AFFECTIONS CHIRURGICALES DU MEMBRE INFÉRIEUR.

A. — Pied (1).

Affections Traumatiques.

I. — *Contusions sans plaie.*

95 cas { 87 hommes. — 0 mort.
8 femmes. — 0 mort.

FEUILLETON

DOCUMENTS POUR SERVIR A L'HISTOIRE DE LA MÉDECINE (1).

VIII. Inventaires d'anciennes pharmacies dijonnaises (xve siècle), publiés avec des notes, par le Dr Paul Durveaux, bibliothécaire de l'École supérieure de pharmacie. In-8, 29 p. Dijon, 1892. — IX. L'université de Pont-à-Mousson (1582-1768). par l'abbé Eugène Martin, docteur ès lettres, professeur à l'École Saint-Sigisbert de Nancy, in-8, XIX, 456 p., Paris, Nancy, 1891. — X. La mort des rois de France depuis François Ier, études médicales et historiques, par le Dr A. Corlieu, in-8, 384 p., Paris, 1892.

VIII. — Notre savant prédécesseur et excellent maître ès bibliographie médicale, Daremberg signalait dans son *Histoire des sciences médicales* (t. Ier, p. 316 et suiv.) certains inventaires de médecins et d'apothicaires du xve siècle qui méritaient les honneurs de l'impression. Plusieurs de ces inventaires ont été publiés depuis. Notre obligeant collègue, M. Dorveaux, nous donne aujourd'hui celui de « Guillaume Lefort, jadis apothicaire, demourant à Dijon », dressé par la mairie de cette ville en 1439. Ce document a déjà été publié à la suite du signalement de Daremberg, mais avec des fautes assez nombreuses; M. Dorveaux a fait une collation sérieuse et il a dû ajouter des notes intéressantes faisant connaître les noms exacts des médicaments inventoriés.

Le second *inventaire* publié pour la première fois, par le même, est celui qui a été « fait en l'ostel de feu Amyot Salmonnet dit Blaise, apothicaire à Dijon en 1482 ». Il nous intéresse davantage, parce qu'il s'agit d'une bibliothèque de manuscrits de vieux ouvrages classiques et de deux livres imprimés seulement : Mesué et Silvaticus, imprimés en 1471 et 1474. Les manuscrits sont des copies : l'*Antidotaire* de Nicolas, le *Traité de médecine* d'Anglicus, un Arnaud de Villeneuve, un Razès, la *Pratique* de Guillaume de Salicet, le *Traité* de chirurgie de Lanfranc, le *Viaticus* de Zadel Mocafir,

(1) Voir les nos 47, 50, 1892; 1, 7, 1893.

Le *siège* a été :

Le pied droit.....	36 contusions.	
Le pied gauche.....	39	—
Les deux pieds.....	2	—
Côté non mentionné	18	—

45 blessés avaient des contusions légères et ont séjourné de un à cinq jours dans le service.

20 blessés avec des contusions de moyenne intensité sont restés cinq à dix jours.

23 blessés avec des contusions sérieuses, ont été soignés pendant dix à quinze jours.

5 blessés ont dû rester à l'hôpital plus de quinze jours.

La durée moyenne du séjour à l'hôpital a été de sept jours et demi.

Je n'ai rien de spécial à mentionner au point de vue de l'âge des blessés et des causes de leur blessure.

Les complications ont été rares. Ce sont surtout des arrachements d'ongle, des excoriations, des entorses des articulations phalangiennes, des ecchymoses, des épanchements sanguins.

Comme traitement, compresses froides, bains, quelquefois la compression ouatée.

Dans un cas seulement, en 1887, chez une femme de 54 ans, qui avait un épanchement sanguin considérable sur la face dorsale du pied, j'ai ouvert le foyer avec le histouri, et après avoir exprimé de nombreux caillots, j'ai lavé avec une solution phéniquée et pansé la plaie avec des compresses antiseptiques. La guérison a eu lieu sans suppuration en trente-cinq jours.

II. — *Plaies contuses.*

Elles se divisent en deux catégories : les *plaies contuses légères* et les *plaies contuses graves* :

Plaies contuses légères : 107 cas...	90 hommes,	90 guéris.	— 0 mort.
	17 femmes,	17 guéries.	— 0 mort.
Plaies contuses graves : 107 cas.	103 hommes,	102 guéris.	— 1 mort.
	4 femmes,	4 guéries.	— 0 mort.

(1) Cette partie de la statistique comprend quatorze années de pratique à la Pitié, depuis le 1er janvier 1879 jusqu'au 1er janvier 1893.

Elles ont eu pour siège :

	Plaies contuses légères.	Plaies contuses graves.
Le pied droit............	37 fois.	57 fois.
Le pied gauche............	34 —	38 —
Les deux pieds simultanément.	8 —	0 —
Côté non mentionné.........	28 —	12 —

La fréquence proportionnelle des plaies contuses suivant les régions du pied sont :

	Plaies contuses légères.	Plaies contuses graves.	
Orteils..........	26 fois.	74 fois	le gros orteil 55 f. les aut. orteils 19 f.
La face dorsale..	21 —	10 —	
La face plantaire	2 —	1 —	
Le bord externe.	2 —	1 —	
Le bord interne..	2 —	1 —	
Le talon.........	23 —	6 —	

La durée moyenne du traitement à l'hôpital a été de sept jours pour les plaies contuses légères, et de vingt-quatre jours pour les plaies contuses graves.

Cette durée de séjour se répartit de la manière suivante :

Pour les plaies contuses légères :

62 blessés	ont séjourné	de 1 à 5	jours
24	—	de 5 à 10	—
9	—	de 10 à 15	—
10	—	plus de 15	—

Pour les plaies contuses graves :

23 blessés	ont séjourné	de 3 à 10	jours
31	—	de 10 à 20	—
24	—	de 20 à 30	—
16	—	de 30 à 60	—
9	—	plus de 60	—

La complication la plus fréquente des plaies contuses légères a été la lymphangite, que j'ai observée 36 fois ; tandis que les plaies contuses graves n'en ont pas présenté d'exemple. Ce fait tient à ce que, dans le cas de ces dernières lésions, les blessés sont trop sérieusement atteints pour ne pas entrer de suite à l'hôpital, où des pansements

---

le canon d'Avicenne, le *Traité des médicaments* de Serapion, des *Receptes des oingemens*, le poème de Macer Floridus sur les plantes médicinales, etc., etc.; sans compter le *Romant dù noble roi Ponthus, fils du roy de Galice et de la belle Sidoine fille du roy de Bretaigne*, dont la lecture servait sans doute de distraction à feu Amyot Salmonnet, après sa journée de travail.

Il serait à souhaiter que M. Dorveaux poursuivît ses recherches dans ce sens ; il existe encore des inventaires curieux à annoter. En passant, je lui ferai remarquer que Daremberg a écrit Amyot Salmonner au lieu de Salmonnet, qu'il ajoute à ce dernier nom, dit Blaise, et qu'il date cet inventaire du 10 novembre 1402 et non 1482. Une introduction due à M. Kauffeisen indique que la copie qui a été envoyée à M. Dorveaux, a été relevée sur l'original même par M. Milsand, Daremberg tenait la sienne de M. Garnier, il sera bon, à la prochaine occasion, de rectifier l'une ou l'autre copie.

IX. — L'ouvrage de M. l'abbé Eugène Martin est très documenté et par cela même d'un grand intérêt ; il est rédigé à l'aide de sources officielles et le lecteur assiste vraiment à l'organisation de l'Université de Pont-à-Mousson, il vit bien dans ce temps-là, les incidents racontés se passent sous ses yeux et l'auteur a jeté à profusion les notes et les éclaircissements. En somme, c'est un très bon travail. Mais je dois m'arrêter, surtout, sur la Faculté de médecine installée solennellement en 1598.

C'est Toussaint Fourier qui, le premier, en avait eu l'idée, mais il fallut l'influence de Charles Le Pois, médecin nancéen célèbre, honoré de la confiance de Charles III, pour obtenir de ce dernier un acte de fondation. Charles Le Pois fut le premier doyen et Fournier le premier professeur de la dite Faculté.

C'est surtout la botanique et les plantes médicinales qui firent le fonds des études de l'école nouvelle ; la Faculté ne se composa d'abord que d'une seule salle assez exiguë, et lorsqu'il fallut déplacer l'armoire de la bibliothèque placée dans

antiseptiques bien faits les mettent à l'abri de l'inflammation des réseaux lymphatiques.

L'arrachement des ongles, l'écrasement des parties molles, les plaies par éclatement de la peau, le sphacèle de la peau et des orteils, quelquefois l'ablation d'un ou de plusieurs orteils, sont les accidents qui se sont montrés avec les plaies contuses graves.

Le traitement a consisté à prévenir ou à combattre la suppuration par des pansements avec des compresses imbibées d'une solution phéniquée à 5 pour 100 ou d'une solution de sublimé à 1 pour 1.000, et par des bains antiseptiques. Dans les cas graves j'ai souvent employé l'enveloppement ouaté de M. A. Guérin, appliqué par-dessus le pansement. Dans les cas légers, lorsqu'il n'existait pas de lymphangite, on s'est souvent borné à faire des pansements iodoformés.

La mortalité a été de 1 sur 214 blessés.

Observation 1. — Ce décès se rapporte à un homme de 36 ans, C... André, passementier, qui avait une plaie contuse du gros orteil gauche et un écrasement de l'index gauche. Il succomba, le 19 août 1880, à une cause accidentelle et indéterminée, après un séjour de quarante-neuf jours à l'hôpital, alors qu'il était presque guéri de ses lésions traumatiques.

III. — *Plaies par instruments tranchants.*

11 plaies { 11 hommes. / 0 femme... } 11 guérisons; 0 mort.

La durée moyenne du traitement a été de treize jours.

Obs 2. — *Section du tendon de l'extenseur propre du gros orteil: suture du tendon; guérison.* — Le nommé J.... Louis, corroyeur, âgé de 62 ans, faisait usage, pendant son travail, d'une *lunette* (sorte de gros emporte-pièce très tranchant, muni d'un poignée), lorsque, la poignée venant à se détacher, la partie coupante de l'instrument tomba sur son pied droit. Elle produisit, au niveau de l'articulation métatarso-phalangienne, une plaie très nette, profonde et donnant lieu à une hémorrhagie.

Après avoir été pansé chez un pharmacien avec de la charpie imbibée d'une solution de perchlorure de fer, le blessé entra à la Pitié le 18 juillet 1881.

Le lendemain, je trouve une plaie de 2 centimètres, transversalement dirigée, sur la face dorsale de l'extrémité antérieure du premier métatarsien. L'orteil est tombant, et le blessé ne put le relever en contractant ses muscles. Il m'est facile de voir, dans le fond de la plaie, que le tendon de l'extenseur propre du gros orteil est coupé. Le bout inférieur fait saillie dans la plaie; mais le bout supérieur est rétracté à plus d'un centimètre.

Je procède immédiatement à la suture du tendon. Il est nécessaire d'inciser la peau perpendiculairement à la plaie primitive et de relever fortement l'orteil pour bien affronter les deux bouts du tendon. Je les traverse alors avec un fil de catgut assez fin, mais solide, que je noue pour maintenir leur affrontement exact. Par dessus, je suture les téguments. Pansement de Lister. Immobilisation du gros orteil dans une position relevée à l'aide d'une petite attelle recouverte d'un tampon de ouate. Fixation du pied dans la flexion forcée, afin de relâcher le plus possible l'extenseur propre du gros orteil.

Sept jours après l'opération, j'enlève les points de la suture cutanée. La réunion est complète.

Quelques jours plus tard, je constate que l'orteil a recouvré ses mouvements de flexion et d'extension. La suture tendineuse a réussi, et le blessé quitte la Pitié treize jours après l'opération.

IV. — *Plaies par instruments piquants.*

9 plaies { 7 hommes, 7 guéris / 2 femmes, 2 guéries } 0 mort.

La durée moyenne du traitement a été de six jours.

Obs. 3. — F...., Florentine, âgée de 24 ans, affectée d'hystérie, s'est enfoncé une aiguille à coudre à la partie interne du talon droit, en marchant pieds nus. Il y a deux jours que la blessure s'est produite, lorsqu'elle entre dans mon service. Elle éprouve de grandes douleurs, qui provoquent des attaques d'hystérie.

Le 4 septembre 1889, chloroformisation. Incision pour rechercher l'aiguille. Ablation de celle-ci avec une pince. Mais sa pointe se casse et reste fixée dans le calcanéum.

---

cette salle, on ne trouva pas d'autre endroit pour le transfert que l'une des chambres du jardinier.

Les professeurs d'abord nommés par le duc de Lorraine, jusqu'en 1708, le furent ensuite au concours, à l'exception de la chaire de chirurgie. Les maîtres apothicaires et chirurgiens de la Lorraine et du Barrois, furent tenus par une ordonnance de la même date, de faire enregistrer leur diplôme au secrétariat de la Faculté. Les professeurs de médecine recevaient le titre de conseillers médecins ordinaires de l'altesse régnante, ce qui leur donnait droit à une pension de 150 livres et outre leur traitement fixe, ils participaient au casuel résultant de la perception des droits d'inscription et d'examen. Le professeur de chirurgie, lui, ne touchait rien de ce casuel, il recevait seulement, outre son traitement, 25 francs barrois pour chaque certificat, que les futurs chirurgiens retiraient de lui après les examens. La Faculté avait ses sceaux particuliers déjà donnés par M. Chautard, dans son mémoire sur les *sceaux des institutions médicales de la Lorraine* et par M. l'abbé Hyver dans son opuscule sur *la Faculté de Pont-à-Mousson*. Que sont devenues la bibliothèque et les archives de cette Faculté? L'on ne sait trop. Les archives départementales ne possèdent qu'un très petit nombre de documents, un entre autres faisant connaître « que deux professeurs firent emporter dans des hottes par leurs servantes d'abord les plus « beaux ouvrages et ensuite le menu fretin de la bibliothèque », ce qui suffit pour expliquer la disparition de celle-ci.

Les mœurs des étudiants sont l'objet d'un chapitre fort curieux du livre de M. l'abbé E. Martin et bien que Larroumet, de mémoire actuelle, ne fût pour rien dans les échauffourées de Pont de Mousson en l'an de grâce 1725, nous apprenons que « les peuples de la ville, prirent en guignon les dames à cause « de leurs paniers, parce que cette mode attirait la malédiction du ciel qui refusait le temps convenable aux biens de la « terre » de produire à point. Les dames s'armèrent de pistolets et plusieurs s'en servirent. M. l'abbé Martin est d'avis que les étudiants se mêlèrent à cette querelle. Le costume de

L'incision se cicatrise par première intention. Mais le talon reste très douloureux et, pendant plusieurs semaines, la patiente ne peut marcher que sur la pointe du pied.

Plus tard, la douleur a disparu et le corps étranger est resté dans le talon sans provoquer de réaction inflammatoire.

V. — *Brûlures.*

44 brûlures { 31 hommes, 31 guéris / 13 femmes, 13 guéries } 0 mort.

Elles n'ont pas été plus fréquentes pendant les mois les plus froids, d'octobre à avril, que pendant les mois les plus chauds, d'avril à octobre.

L'eau bouillante ou des liquides portés à l'ébullition, tels que le bouillon et le lait, quelquefois le sirop de sucre chand, ont été les causes les plus habituelles de ces brûlures. Il y a eu 2 cas d'érythème phlycténoïde de la peau de la face dorsale par insolation.

8 fois les deux pieds ont été atteints.

Le plus souvent les brûlures étaient légères, du 1er et du 2e degré, 6 fois seulement elles atteignaient le 3e degré.

La durée moyenne du traitement a été de douze jours.

6 malades ont séjourné	à l'hôpital	de	1 à 5 jours.
19	—	—	de 5 à 10 jours.
8	—	—	de 10 à 15 jours.
5	—	—	de 15 à 20 jours.
6	—	—	au-dessus de 20 jours.

Comme traitement, vaseline boriquée et ouate dans les cas très légers; pansement avec le protective de Lister et les compresses phéniquées, dans les cas où le derme était à nu et suppurait; enveloppement du pied dans la ouate.

VI. — *Gelures.*

18 cas { 16 hommes, 16 guéris / 2 femmes, 2 guéries } 0 mort.

Les gelures ont été rares et superficielles avant 20 ans, 3 cas seulement. En revanche, nous en avons noté 11 cas à partir de 42 ans.

Les gelures ont atteint :

Un ou plusieurs orteils......	10 fois.
Les orteils des deux pieds...	1 —
L'un des pieds..............	2 —
Les deux pieds............	5 —

Dans 10 cas, le froid n'a produit que des lésions superficielles, érythèmes, engelures, phyctènes. Dans 4 cas, il y a eu sphacèle de la peau. Dans 4 cas, la mortification a atteint les phalanges des orteils, et a été suivie d'élimination.

La durée moyenne du séjour pour les gelures superficielles a été de dix jours ; pour les gelures avec sphacèle, de quarante-six jours ; pour les gelures avec sphacèle et nécrose, de cent-treize jours.

Chez un homme de 63 ans, S... Pierre, la perte des orteils et la destruction d'une partie de la peau du pied, a nécessité l'amputation de Chopart, qui a été suivie de guérison.

VII. — *Fractures.*

1° *Fractures des phalanges* :

28 fractures { 27 hommes 27 guéris / 1 femme 1 — } 0 mort.

Elle ont siégé 15 fois à droite, 11 fois à gauche; 2 fois le côté n'a pas été noté.

Elles se sont réparties de la manière suivante :

22 fractures du gros orteil :

12 à la première phalange

10 à la phalangette

6 fractures des autres orteils :

2 au deuxième orteil (1 à la 1re phalange, 1 à la 2e).

1 au troisième orteil (1 à la phalangette).

1 aux quatrième et cinquième orteils à la fois (aux phalanges et aux phalangines).

2 au cinquième orteil (2 à la 1re phalange).

Dans 13 cas la fracture a été simple (10 fractures au gros orteil ; 3 fractures aux autres orteils).

Dans 10 cas elle a été compliquée de plaie contuse (8 fractures du gros orteil ; 2 fractures des autres orteils).

Dans 5 cas la plaie communiquait avec le foyer de la

---

professeurs-médecins était fort beau. « Ils avaient sur le « bonnet carré, la houppe de soie, blanche et violette, et, par « dessus la robe, une chape de drap couleur pourpre et un « chaperou fourré d'hermine qu'ils devaient à la munificence « du cardinal de Lorraine, fils de Charles III. »

Tout le chapitre relatif à l'état de la médecine en Lorraine avant la création de la faculté de Pont-à-Mousson, à l'enseignement, aux promotions, aux grades et thèses, est le résumé de divers ouvrages et mémoires antérieurs dus à MM. Simonin, Tourdes, Hyver, René, Lepage, Grellois (ouvrages analysés, la plupart, dans la collection de la *Gazette Médicale*). M. l'abbé Martin le déclare lui-même. J'ajoute que son résumé est excellent et que l'ensemble de son travail constitue un ouvrage intéressant et indispensable à consulter.

X. — Très curieux, le livre de notre laborieux confrère, M. Corlieu, deuxième édition très augmentée d'un premier travail de 1872, qui s'arrêtait à la Révolution française. Les historiens et les philosophes y glaneront à leur aise, les médecins y trouveront souvent l'état de la science et surtout de la médecine légale aux époques indiquées, enfin la *Société d'autopsie mutuelle* ne manquera pas de le citer à ses adversaires comme un argument en faveur de sa thèse.

L'on sait que cette société s'est formée à Paris, il y a quelques années, dans le but utile, à l'aide de l'autopsie de ses membres, d'éclairer d'une manière scientifique la structure et les fonctions du cerveau, grâce à la connaissance qu'elle possède de l'existence des aptitudes et du travail accompli par chacun des autopsiés. Elle a suscité bien des railleries, parce qu'elle se réunissait presque toujours, après un dîner, et que procès-verbal discussions scientifiques et résultats d'autopsie étaient communiqués aux sociétaires à la fin de ces agapes intimes, entre la poire et le fromage, ajoutaient les railleurs. Enfin, elle tenait ses séances, les vendredis et faisait usage d'aliments gras. Nul doute que si les aliments maigres seuls eussent figuré sur le menu, son succès eût été plus rapide.

fracture (4 fractures du gros orteil; 1 fracture d'autre orteil).

Une fracture de la première phalange du gros orteil s'est accompagnée d'une fracture du métatarsien correspondant.

Traitement : immobilisation sur une semelle plâtrée pour les fractures simples; pansement antiseptique pour les fractures compliquées et immobilisation dans un appareil plâtré ou ouaté.

La durée moyenne du traitement pour les fractures simples a été de dix-huit jours; et pour les fractures compliquées de plaie pénétrante ou non pénétrante de trente-deux jours.

2° *Fractures des métatarsiens* :

41 fractures { 38 hommes, 38 guéris / 3 femmes, 3 guéries } 0 mort.

Ces fractures ont eu pour siège 21 fois le pied droit, 10 fois le pied gauche; 10 fois le côté n'a pas été mentionné.

Les divers métatarsiens ont été fracturés dans les proportions suivantes :

Premier métatarsien	7 fractures.
Deuxième métatarsien	4 —
Premier et deuxième métatarsiens à la fois	2 —
Troisième métatarsien	4 —
Quatrième métatarsien	5 —
Troisième et quatrième métatarsien à la fois	1 —
Cinquième métatarsien	5 —
Quatrième et cinquième métatarsiens à la fois	1 —
Métatarsien indéterminé	5 —
Plusieurs métatarsiens à la fois indéterminés	7 —

30 fractures ont été simples.

4 fractures ont été compliquées de plaie contuse non pénétrante, et parmi celles-ci une fois la fracture a coïncidé avec une fracture de jambe du même côté.

7 fractures ont été compliquées de plaie pénétrante.

Quoi qu'il en soit, elle compte dans son sein, des gens sérieux, des savants et l'ouvrage si intéressant de M. Corlieu lui donne raison. Depuis François Ier jusqu'au comte de Chambord, que de souverains et de grands personnages autopsiés sans que cette formalité, si souvent utile, ait suscité de diatribes, de moqueries ou de répulsions et, de plus, comme cette investigation modifie les légendes historiques. M. Corlieu l'atteste, François Ier n'est pas mort de la syphilis, ni Charles IX de sueurs de sang; Louis XIII a succombé à une phthisie galopante et non aux conséquences d'un flux hépatique etc., etc. Le travail de M Corlieu nous donne encore de curieux détails sur la maison médicale des souverains de la France. Henri IV, qui passait pour un gaillard solide, n'avait pas moins de 15 médecins, de 11 chirurgiens, de 5 apothicaires, de 2 renoueurs et de 5 barbiers et il n'en est pas mort, ce qui donne tort à la facétieuse servante que fait parler Molière. Je le répète : très curieux, le livre de notre laborieux confrère, M. Corlieu.

Dr A. DUREAU.

Presque toutes ces fractures ont été produites par le choc ou la pression d'un corps lourd. J'ai noté 2 fois seulement que la fracture avait été le résultat d'une chute sur les pieds : dans un cas, en sautant du haut d'un pont, dans un autre cas, en tombant d'un cinquième étage.

Traitement : immobilisation dans un appareil silicaté et le plus souvent dans un appareil plâtré, après avoir appliqué un pansement antiseptique dans le cas de plaie.

Quatre opérations sont devenues nécessaires à la suite des fractures des métatarsiens.

Obs. 4. — Chez une jeune fille de 16 ans, D.... Elise, qui était restée seulement neuf jours à l'hôpital en 1884 pour un traumatisme du pied, une fracture du deuxième métatarsien droit fut méconnu et se consolida vicieusement. Je fus obligé plus tard de faire l'ostéotomie du cal vicieux.

Obs. 5. — En 1890, R... Emile, garçon couvreur, âgé de 48 ans, se fait une fracture de plusieurs métatarsiens gauches avec plaie pénétrante, pendant une chute du cinquième étage. Le premier métatarsien fut réséqué. Pansement phéniqué et ouaté. Guérison.

Obs. 6. — En 1887, P... Pierre, charretier, âgé de 54 ans, subit une fracture du métatarse par la pression d'une roue de voiture. Il y a une plaie par écrasement communiquant avec la fracture. Tentative de conservation. Suppuration. Septicémie. Amputation intra-malléolaire. Guérison.

Obs. 7. — En 1890, C... Marc, brasseur, âgé de 25 ans, a une fracture comminutive avec plaie contuse de plusieurs métatarsiens droits faite par un tonneau. Désarticulation sons-astragalienne. Guérison.

Ces quatre faits seront rappelés dans la statistique des opérations.

La durée moyenne du traitement a été de vingt-quatre jours pour les fractures simples, de quatre-vingt-deux jours pour les fractures compliquées et de cent dix-sept jours pour les fractures compliquées suivies d'opérations.

Parmi les 3 femmes atteintes de fracture, l'une d'elles, V..., Marie, âgé de 40 ans, était enceinte de six mois et demi. Elle eut le cinquième métatarsien droit brisé par le passage d'une roue de voiture. Un épanchement sanguin considérable se forma dans le pied, qui était affecté de varices. Malgré ce traumatisme, la grossesse continua son cours, et la consolidation s'effectua en vingt-deux jours.

3° *Fractures du calcanéum* :

10 fractures. { 7 hommes, 7 guéris. / 3 femmes, 3 guéries. } 0 mort.

Le plus ordinairement, 7 fois sur 9, ces fractures ont été le résultat d'une chute sur les talons, à la suite d'un saut d'un lieu élevé; 2 fois seulement elles reconnurent pour cause un choc direct, dans un de ces cas ce fut la pression d'une roue de voiture, dans l'autre le choc de la bielle d'une machine à vapeur.

8 fois la fracture s'était produite par le mécanisme de l'écrasement, 2 fois l'apophyse postérieure du calcanéum a été détachée par un trait de fracture plus ou moins vertical.

2 fractures ont été compliquées de plaie du talon.

8 fractures ont été simples. Parmi ces dernières, j'ai observé, dans un cas (ob. 8), une fracture des deux calcanéums

et de la malléole externe et, dans un antre cas, des fractures concomittantes du radius et du fémur.

Il n'a pas toujours été nécessaire d'appliquer un appareil inamovible. Le séjour au lit a quelquefois suffi pour la guérison. La durée moyenne du traitement a été de quarante-trois jours pour les fractures simples et de quatre-vingt-dix jours pour les fractures compliquées.

OBS. 8. — *Consolidation vicieuse.* B... Jean, ferblantier, âgé de 45 ans, entre à la Pitié le 17 juin 1885. Dans un accès de délire, il s'est précipité d'un premier étage et, en tombant sur les talons, il s'est fait une fracture par écrasement des deux calcanéums. Il existe en même temps une fracture de la malléole externe. Un appareil plâtré est appliqué de chaque côté.

Au bout de soixante deux jours le blessé quitte l'hôpital, marchant difficilement avec une béquille. Revenu à l'hôpital, le 23 septembre 1885, la difficulté de la marche reste la même. Je constate, à la face inférieure du calcanéum droit, des saillies irrégulières produites par les fragments vicieusement consolidés. Ces saillies appuient sur le sol pendant la marche et produisent des douleurs très vives. Le malade dit qu'il marche comme sur des clous. Il y aurait eu lieu de faire la résection de ces saillies osseuses. Mais le malade veut retourner dans son pays. Je ne l'ai pas revu.

(A suivre.)

CLINIQUE CHIRURGICALE

TRAITEMENT RATIONNEL DE LA LUXATION ILIAQUE CONGÉNITALE DU FÉMUR

Selon la nouvelle méthode du

Dr A. PACI,
Professeur de pathologie et de clinique chirurgicales à l'Université Royale de Pise.
Traduit de l'italien par le Dr G. FARGES.

(*Suite*) (1)

Je veux maintenant exposer avec exactitude l'état actuel de tous mes opérés depuis 1886. J'y ajouterai l'histoire de nouveaux cas que j'ai eu à traiter et enfin les résultats qui m'ont été communiqués par divers chirurgiens distingués qui ont étudié et appliqué ma méthode avec bienveillance.

Luxations iliaques fémorales congénitales, traitées de 1886 à 1891, par le Dr A. PACI.

OBS. 1. — J. T..., 9 ans, de Pise. — Luxation iliaque congénitale du fémur droit. — Opération : 15 janvier 1886. — Mensuration de l'épine iliaque antéro-supérieure au sommet de la malléole interne : avant, raccourcissement de 7 cent. 5 ; après, reste un raccourcissement de 3 centimètres par défaut de développement squelettique. — Résultat après un an : bon, correction très favorable. Léger degré de claudication. — Résultat définitif jusqu'à présent : la position donnée à la tête du fémur se maintient avec parfait appui osseux. On note une diminution du raccourcissement squelettique.

OBS. 2. — D. del R..., 9 ans, de Calci. — Luxation congénitale du fémur droit. — Opération : 5 février 1886. — Mensuration : avant, raccourcissement de 6 centimètres ; après, le raccourcissement est réduit à 1 cent. 8, dû en grande partie au défaut de développement squelettique. — Résultat après un an : bon, malgré un petit degré de claudication. — Résultat définitif : la néarthrose persiste. Le développement de tout le membre s'est amélioré. La malade, qui ne pouvait faire 300 mètres de promenade avant l'opération, marche à présent comme une personne saine.

OBS. 3. — Antoinette B..., 16 ans, de Lucques. — Luxation congénitale du fémur droit. — Opération : 11 décembre 1886. — Mensuration : avant, le membre est plus court de 5 cent. 8 ; après, le raccourcissement est réduit à 1 cent. 8. Dû en grande partie au défaut de développement squelettique. — Résultat après un an : bon, avec très bonne correction et petit degré de claudication. Celle-ci, auparavant, était très apparente et la malade ne pouvait marcher sans s'appuyer sur le bras de quelqu'un. — Résultat définitif : le très bon résultat se maintient ; le raccourcissement dû au défaut de développement squelettique a presque disparu. Quand la jeune fille y fait attention, elle peut parcourir plusieurs kilomètres sans boiter.

OBS. 4. — E. L..., 8 ans, de Lucques. — Luxation bi-latérale congénitale du fémur. — Opération : 18 décembre 1888. — Mensuration : avant, les deux membres ont 62 centimètres de longueur ; après, on a gagné 1 centimètre de longueur. — Résultat après un an : stable néarthrose avec parfait appui osseux dans les deux hanches et bon fonctionnement permettant de se promener librement. La claudication a presque entièrement disparu. — Résultat définitif : l'excellent résultat persiste en tout et pour tout.

OBS. 5. — J. T..., 10 ans, de Pise. — Luxation iliaque congénitale du fémur gauche. — Opération : 31 janvier 1890. — Mensuration : avant, le membre gauche est plus court de 3 cent. 2 ; après, la correction fut régulière et le raccourcissement réduit à 1 centimètre. — Résultat après un an : la malade fut emmenée de l'hôpital après quatre mois et demi, quand tout faisait espérer un excellent résultat. — Résultat définitif : il ne m'a pas été possible d'avoir des nouvelles ni de revoir l'enfant, sans doute par crainte des reproches que j'aurais pu faire.

OBS. 6. — G. L..., 11 ans, de Massa. — Luxation iliaque congénitale du fémur gauche. — Opération : 14 février 1891. — Mensuration : avant, le membre gauche est plus court de 7 cent. 5 ; après, il reste un raccourcissement de 1 cent. 9 dû au défaut de développement squelettique. — Résultat après un an : stable néarthrose avec parfait appui osseux ; bon fonctionnement du membre. Claudication à peine sensible. — Résultat définitif : visitée après un an et demi, durant lequel la petite fille fut soumise à l'électricité et au massage, on constata la permanence de l'excellent résultat. Claudication minime.

OBS. 7. — Th. S..., 10 ans, de Gallicano Garfagnana. — Luxation iliaque congénitale du fémur droit. — Opération : 1er mai 1891. — Mensuration : avant, le membre droit est plus court de 4 cent. 5 ; après, il reste un raccourcissement de 1 centimètre dû au défaut de développement squelettique. — Résultat après un an : stable néarthrose avec parfait appui osseux et disparition de toute difformité. — Résultat définitif : le 7 mai 1892, elle fut amenée par son père à ma clinique, pour me témoigner sa gratitude.

Beaucoup de chirurgiens et les élèves admirèrent ce résultat de quasi parfaite correction d'une telle difformité. De récentes informations du Dr Verciani confirment l'amélioration fonctionnelle progressive.

OBS. 8. — Th. N..., 10 ans, de Florence. — Luxation congénitale du fémur gauche. — Opération : 13 juin 1887. — Mensuration : avant, le membre gauche est plus court de 3 centimètres ; après, il reste un minime raccourcissement d'environ 3 millimètres. — Résultat après un an : bon, par la néarthrose stablement organisée et en bonne position. La claudication n'a pas diminué en proportion de la quasi-parfaite correction du raccourcissement. Elle a cependant considérablement diminué. — Résultat définitif : le très bon résultat se maintient et peut-être une partie de la claudication actuelle tient-elle à une habitude incorrecte. La nutrition du membre est

(1) Voir la *Gazette médicale*, n° 13, 1893.

remarquable, ainsi que la résistance à la marche, même en montagne.

Obs. 9.— M. N..., 11 ans, de Pise.—Luxation congénitale du fémur gauche. Nutrition générale très défectueuse. État choréique — Opération : 2 juillet 1887. — Mensuration : avant, le membre gauche est plus court de 3 centimètres ; après, il reste un minime raccourcissement de 5 millimètres. — Résultat après un an : néarthrose parfaitement organisée et en bonne position. Claudication très diminuée ; on la pourrait dire presque disparue sans l'incertitude des mouvements, due à l'état choréique. Toutefois, tandis qu'auparavant la malade tombait à chaque instant si elle marchait sans appui, elle se promène seule aujourd'hui.—Résultat définitif : la bonne néarthrose se maintient ; la marche est un peu plus sûre et la claudication n'a pas les caractères inhérents à la luxation congénitale ; elle tient plutôt à l'état choréique.

Obs. 10.— M. T..., 8 ans 1/2, de Pise. — Luxation congénitale du fémur droit.— Opération : 20 décembre 1888.— Mensuration : avant, le membre droit est plus court de 5 centimètres ; après, il reste un minime raccourcissement d'environ 5 millimètres.— Résultat après un an : bon, par l'organisation de la néarthrose avec appui osseux bassin, au-dessous et immédiatement à l'extérieur de l'épine sur le iliaque antéro-inférieure.

La déambulation se fait bien avec un très léger degré de claudication. — Résultat définitif : la néarthrose et toute la correction obtenue se maintiennent. Il y a néanmoins persistance d'un degré notable d'atrophie des masses musculaires de tout le membre qui a peut-être augmenté depuis la première année. Il faut noter qu'il n'y a pas eu de traitement consécutif et que l'enfant, par indolence naturelle, se promenait peu.

En mai 1892, l'électricité et le massage ont permis de noter une meilleure nutrition du membre.

(*A suivre.*)

REVUE DES JOURNAUX

Sur une forme particulière de paresthésie des extrémités (aéroparesthésie), par le Dr Laguer. (*Neurologisches Centralblatt* 1893, n° 6, p. 188.)

M. Laguer a eu plusieurs fois l'occasion d'observer un syndrome qui paraît être fréquent surtout chez les femmes, et qui semble se rapporter à une affection non encore classée, affection à la fois très rebelle et très pénible. Voici la description que donne l'auteur de ce syndrome :

Il s'agit d'un engourdissement et d'une raideur des mains et des avant-bras, qui surviennent par accès. Les malades éprouvent à la fois une sensation de brûlure et une sensation de tuméfaction, qui occupe toute l'étendue des doigts, des mains et des avant-bras, qui est rarement limitée à un seul côté. Le plus souvent les accès reviennent la nuit, réveillant les malades de leur sommeil. Quand ils se produisent le jour, les accès reconnaissent quelquefois pour cause occasionnelle certains travaux manuels, on encore le séjour prolongé des mains dans l'eau froide on dans l'eau chaude. Des frictions énergiques ou une agitation violente imprimée aux bras ont quelquefois pour effet de modérer la violence et la durée des accès.

L'examen objectif des malades ne fait constater aucune trace d'anesthésie. Chez l'une ou l'autre malade il a même semblé qu'il y eût de l'hyperesthésie au toucher et aux impressions de douleur. Pas de points douloureux, pas de signes en rapport avec une névralgie ; pas de diminution de l'énergie contractile, pas d'anomalies des réactions électriques, pas de troubles tropho-neurotiques, pas de phénomènes vaso-moteurs, sauf une sensation subjective de froid.

Les douze exemples de cette affection nouvelle concernaient tous des femmes dont l'âge était compris entre 35 et 50 ans, et qui appartenaient à des conditions très variées. Un bon nombre d'entre elles avaient eu des couches difficiles, et des hémorrhagies profuses. Les débuts de l'affection remontaient à une époque relativement lointaine. Quant au reste, on ne constatait chez elles ni symptômes d'hystérie ni symptômes d'hypochondrie. Toutefois dans leur entourage elles passaient pour des personnes nerveuses. Il est vrai qu'elles étaient devenues telles, en partie, du fait de leurs sensations de paresthésie.

Dans ces conditions il paraît difficile à M. Lagner de faire rentrer l'affection nouvelle dans les cadres de l'hystérie. De même il n'a pas été possible de constater chez les malades, dont l'une ou l'autre est restée en observation pendant des années, des symptômes en rapport avec une lésion des centres nerveux, dont les troubles de la sensibilité, signalés plus haut eussent été les signes précurseurs. Il s'agirait donc d'une névrose, comparable aux névroses professionnelles ou par épuisement, survenue sous l'influence du surmenage résultant des occupations domestiques. Il n'a pas été possible d'incriminer dans le développement de cette névrose une influence traumatique quelconque.

L'affection en question étant très pénible, occasionnant des souffrances et de l'insomnie aux malades, celles-ci sont venues réclamer les soins du médecin. Voici le traitement que M. Laguer a cru devoir instituer :

Dans la plupart des cas, il a eu recours à la galvanisation de la région cervicale : pôle positif sur la région comprise entre la quatrième et la huitième vertèbre dorsale, pôle négatif sur le sternum, intensité du courant, 4 à 5 milli-ampères ; durée de chaque séance, de cinq à six minutes. D'autres fois, le pôle négatif était appliqué dans la région du cou, sur le trajet du grand sympathique et du pneumogastrique. En ce cas on donnait au courant une intensité de 2 à 3 milli ampères, et les séances avaient une durée de trois à quatre minutes. L'électrisation était associée aux pulvérisations d'éther sur le dos, aux frictions sèches, au massage, à des exercices avec l'appareil de Zander, à l'administration interne des préparations bromiques et arsenicales, à des manluves à l'eau salée, à un régime tonique et par-dessus tout à un repos relatif des mains ; de plus, les malades portaient des gants pendant la nuit.

Sous l'influence de ce traitement on a obtenu une interruption momentanée des attaques, dans quelques cas même leur cessation définitive.

Il n'a pas semblé que la ménopause, les troubles menstruels, les affections gastro-intestinales eussent des rapports de causalité avec cette névrose. Par contre celle-ci paraît plutôt être dans une certaine dépendance de l'anémie, de l'adynamie cardiaque. Chez l'une des malades le premier accès est survenu pendant la lactation.

—M. Laguer a rappelé qu'il y a un peu plus de deux ans, le professeur Rosenbach (*Neurologisches Centralblatt*, août 1890) a décrit un trouble trophique, fréquent surtout chez les femmes et caractérisé par une tuméfaction des tubercules qu'on trouve à la face dorsale des troisièmes phalanges des doigts. De plus ces tubercules sont très douloureux à la pression, et on observe,

en outre des douleurs lancinantes et sourdes, ainsi que des sensations de paresthésie, à la face dorsale de la main, dans le territoire innervé par le cubital. Chez ses malades, M. Laguer n'a constaté qu'une seule fois l'existence de manifestations arthritiques, généralisées aux deux mains et aux doigts et qui étaient en rapport avec la goutte.

D'autre part, O. Berger a publié (*Breslauer aerztliche Zeitschrift*, 1879, nos 7 et 8), un travail sur une forme spécial de paresthésie qu'il avait observée chez 4 hommes et chez 2 femmes. Cette affection siégeait aux jambes; elle évoluait également par accès. Elle occasionnait aux malades des souffrances assez vive pour les arrêter dans leur travail. Cette affection a résisté à tous les traitements qu'on a dirigés contre elle. Il semble que cette forme spéciale de paresthésie soit une affection du même ordre que celle décrite par Laguer.

Enfin, plus récemment. le professeur Fr. Schultze, de Bonne a publié (*Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde*, t. III) un travail sur l'*acroparesthésie*, dans lequel il étudie une névrose qui offre la plus grande ressemblance avec l'affection décrite par Laguer. Schultze mentionne plusieurs travaux antérieurs consacrés à l'étude de cette névrose, notamment un article du professeur Bernhardt, intitulé: sur une névrose encore peu connue ayant pour siège les membres, principalement les membres supérieurs. (*Centralblatt für Nervenheilkunde*, 1886.)

E. Ricklin.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

De la chloroformisation a doses faibles et continues, par M. M. Baudoin. — Au bureau de la *Revue des sciences naturelles de l'ouest*, 1892, Paris.

Le procédé dont il s'agit a été imaginé, dans ses grandes lignes, par M. Léon Labbé qui le signala pour la première fois à l'Académie de médecine en 1892, lors de la fameuse discussion soulevée par Gosselin sur la chloroformisation. Il consiste à administrer le liquide anesthésique à très petites doses, de la façon la plus continue possible, sans la moindre intermittence, autant qu'on peut du moins le réaliser.

Le malade est placé dans le décubitus dorsal, le thorax absolument libre, dans une chambre spéciale plutôt que sur le lit d'opérations. La compresse ou le monchoir étant replié, on verse, au centre de l'une des faces, pour commencer, 2, 3 ou 4 gouttes au maximum de chloroforme; puis on applique la compresse sur les narines et sur l'orifice buccal du patient, en la plissant de telle sorte qu'elle prenne la forme d'une sorte de petit cornet ou plutôt de tremie. Pendant les premières inspirations (mais pendant elles seulement), dit M. Baudoin, il faut avoir soin de ne pas obstruer complètement la bouche et les narines, pour ne pas surprendre les muqueuses d'une façon trop brusque, quoiqu'il n'y ait que 3 ou 4 gouttes du chloroforme sur la compresse. A ce moment surtout, il convient d'avoir les yeux fixés sur le visage du malade dans la crainte de voir survenir une syncope.

Au bout d'un quart de minute environ, les 3 à 5 gouttes de chloroforme sont évaporées; on en verse de nouveau en prenant soin de n'en pas faire tomber dans les yeux ou sur la joue, 4 ou 5 gouttes sur la compresse, au point le plus élevé correspondant au bout du nez, c'est-à-dire à son centre, sans l'enlever ni la changer de place. Puis, brusquement, le plus vite possible, pour ne pas permettre au malade d'inspirer de l'air pur, on la renverse et la réapplique très rapidement de la même façon. Une demi-minute après on refait la même manœuvre en versant toujours 4 à 6 gouttes d'anesthésique, rarement plus, sur la compresse qu'on peut désormais appliquer avec confiance sur la figure pour restreindre autant que possible, l'entrée de l'air à travers les interstices de la trame de lin ou de coton. Il faut, en moyenne, de 7 à 8 grammes pour obtenir tout d'abord l'anesthésie. Et un point sur lequel M. Baudoin insiste tout particulièrement c'est d'attendre que cette dernière soit absolument complète pour commencer l'opération.

Pour maintenir l'insensibilité, on continue à donner le chloroforme comme au début, mais il suffit de déposer maintenant sur la compresse maintenue hermétiquement appliquée sur les narines et sur les lèvres, à l'aide des deux mains placées l'une sur l'autre, 2 à 3 gouttes de chloroforme chaque fois, si on retourne la compresse environ une fois par minute. Quand on la renverse moins souvent, il faut quelques gouttes en plus pour maintenir le sommeil. L'on dépense à peine dans cette seconde période 35 centigrammes de chloroforme par minute. La ration d'entretien est donc bien minime et notablement inférieure aux doses du début.

Grâce au procédé de la chloroformisation à doses faibles et continues, dès que l'opération est terminée, que le pansement est achevé, pansement qui doit toujours être fait pendant le sommeil, l'opéré se réveille très vite. Fort surpris, d'apprendre que tout est terminé, il se trouve à peine fatigué et croit sortir d'un sommeil naturel.

En procédant comme il vient d'être dit, on dépense en moyenne de 15 à 20 grammes du chloroforme par heure.

M. Baudoin entre dans de longs et très instructifs détails pour faire voir l'excellence de la chloroformisation à doses faibles et continues, pour démontrer sa supériorité sur tous les autres procédés. Il a écrit d'excellentes pages sur la conduite à tenir et sur les précautions à prendre au cours de la phase d'anesthésie complète, sur l'absence de la période d'excitation comme phénomène capital de l'anesthésie obtenue en se conformant aux règles qu'il indique. Ces pages, nous ne pouvons que les citer ici, y renvoyant le lecteur désireux d'avoir des renseignements plus circonstanciés.

Du traitement par l'électrolyse des déviations et éperons de la cloison du nez, par MM. Bergonié et Moure. Féret et Doin, éditeurs, Bordeaux, Paris, 1892.

Les déviations et saillies de la cloison nasale, connues depuis déjà longtemps et décrites par les anatomistes, n'ont réellement attiré l'attention des cliniciens, disent MM. Bergonié et Moure, que depuis ces dernières années, c'est-à-dire du moment où la pathologie des cavités du nez a pris l'importance qu'elle méritait d'occuper. Pour les faire disparaître, on s'est adressé à des moyens chirurgicaux variés depuis la section de la partie saillante avec une sorte de perforateur analogue à celui dont on ne sert pour marquer les billets de chemins de fer, jusqu'à la tunnellisation de la déviation avec le drill des dentistes pour en faciliter le redressement.

Aucun de ces procédés n'a donné des résultats comparables à ceux obtenus par les médecins bordelais avec l'électrolyse. Pour eux, cette dernière, sagement maniée, convient mieux que toute autre chose à la destruction des saillies cartilagineuses ou osseuses de la cloison du nez. Elle constitue une opération non sanglante à peu près indolore, dont il est facile

de mesurer exactement l'action et dont les résultats définitifs sont aussi destructifs qu'on le désire.

La compétence spéciale de M. Moure en rhinologie et de M. Bergonié en électrothérapie est un garant de la valeur de leur travail qui se prête peu à l'analyse et auquel nous préférons renvoyer le lecteur.

De la luxation congénitale de la hanche. Étude anatomo-pathologique, pathogénique et clinique, par M. Dupré. — Th. Paris.

La luxation congénitale de la hanche résulterait de l'arrêt de développement de l'os iliaque et en particulier de l'irrégularité de la région cotyloïdienne, incapable de recevoir et de contenir dans sa cavité la tête fémorale. Cet état, peu appréciable chez le fœtus ou le nouveau-né, parce que la disproportion entre les surfaces articulaires n'est pas encore établie ou trop peu accentuée, rend compte du peu de succès qu'a en le traitement de l'affection par les tractions continues préconisées par Pravaz (de Lyon).

Ce travail, bien étudiée, a pour base une cinquantaine d'observations publiées ou inédites de luxations congénitales de la hanche.

De l'hygroma trochantérien, par M. Petit. — Th. Paris.

De toutes les bourses séreuses que l'on trouve dans le tissu cellulaire péri-trochantérien, deux doivent être principalement distinguées, l'une, à peu près constante, siége entre le tendon du grand fessier et le bord postérieur du grand trochanter; l'autre, inconstante, est située entre la face externe de cette dernière tubérosité et le fascia lata. Ces cavités, susceptibles d'être atteintes par les processus diathésiques ou infectieux, peuvent contenir un liquide parfois séreux, mais le plus souvent purulent, dont l'évacuation spontanée ou provoquée sera suivie de la production d'une fistule d'une durée indéfinie.

Ces hygromas, qu'il faut éviter de confondre, en raison des troubles qu'ils occasionnent dans les fonctions du membre inférieur, avec la coxalgie, devront être traités par l'extirpation ou l'incision suivie de grattage.

Le travail de l'auteur se recommande par la clarté de l'exposition et par la richesse des documents.

Sur une arthrite spéciale du pied avec déformation observée chez les vélocipédistes, par M. Laviella. — Doin, éditeur, Paris, 1892.

Il existe une maladie spéciale aux vélocipédistes comparable aux autres affections professionnelles, comme la talalgie des sergents de ville, la tarsalgie des adolescents, maladie qui se traduit par un pied creux, lequel pourra devenir douloureux par arthrite des articulations scaphoïdo-cunéenne et de Chopart. M. Lavielle n'en a relevé que 2 observations, mais il ne doute pas que de semblables altérations ne soient fréquemment constatées chez des vélocipédistes jeunes et fanatiques de leurs exercices, chez lesquels les différents tissus n'ont pas encore atteint tout leur développement et acquis toute leur résistance, dont les os et les articulations surtout ont gardé une malléabilité qui leur permettra de recevoir toute impression fâcheuse et surtout de la rendre plus difficile à guérir.

Ch. Amat.

Notes bibliographiques.

Balestre. — Cours d'hygiène publique. (Delaplane.) — L'hygiène est du domaine de tout le monde. Son rôle préservatif est d'une application journalière; qu'il s'agisse d'hygiène individuelle, scolaire ou industrielle. Les règles principales en sont tracées avec simplicité dans ce volume qui n'a pas de prétention à l'originalité, mais où les choses de l'hygiène sont groupées d'une manière très pratique.

L. Brocq et Jacquet. — Dermatologie. Pathologie générale cutanée. (G. Masson.) — Aide-mémoire sur les maladies de la peau où les relations de ces maladies avec l'état général sont exposées sans recherche de hautes théories. — Se termine par un bon chapitre de thérapeutique. — La question des Eaux minérales dans les dermatoses est la partie faible du livre.

Comby. — Les oreillons. (Rueff et Cie.) — C'est la maladie des agglomérations d'enfants et de soldats. Bonne monographie très bien mise au point de la science moderne. Partie thérapeutique un peu courte, mais c'est la faute de la médecine et non celle à l'auteur.

Labadie Lagrave. — Pathogénie et traitement des néphrites. (Rueff et Cie.) — Résumé court, assez complet, d'une des questions les plus embrouillées de la médecine.

S. Bernheim. — Traité clinique et thérapeutique de la phtisie pulmonaire. (Société d'éditions scientifiques.) — Un bien gros livre, mais aussi le sujet est si vaste! D'ailleurs le livre est bon, et puis, ce qui m'a plu par-dessus tout, c'est que l'auteur croit à la thérapeutique; il ne craint pas d'affirmer que la lésion tuberculeuse est curable et qu'il ne faut pas désespérer d'un phtisique. Et si le phtisique guérit, ce n'est pas par la bactériothérapie: celle-ci n'a eu, jusqu'à présent, que des insuccès, sinon des désastres. Quand on guérit un phtisique, c'est par l'hygiène, c'est par les moyens qui permettent au malade de lutter contre le microbe, et ce n'est pas en voulant réaliser dans l'organisme du malheureux malade, une illusoire antisepsie. M. Bernheim partage ces idées, et c'est pour cela qu'il a fait un chapitre de bonne thérapeutique.

Gautier et Larat. — Technique d'électrothérapie. (Maloine.) — Le premier fascicule d'une série de petites monographies sur la question d'électrologie médicale qui sont à l'ordre du jour.

P. Janet. — État mental des hystériques. (Rueff et Cie.) — Médecine et philosophie! Psychologie troublée, états d'âme, de mémoire, de sensibilité, dans une maladie si fin de siècle. Très curieux à lire. A. R.

P. Poinsot. — Les accidents de la première dentition. Paris. (Société d'éditions scientifiques.) — Ces accidents existent-ils? Dans une des deuxièmes séances de l'Académie de médecine Pamard a dit oui; Magitot a répondu non. L'auteur ne les nie pas, mais il les rattache à une maladie intercurrente et neuf fois sur dix au rachitisme. C'est ce qu'il serait nécessaire de mieux démontrer.

É. Monin. — Hygiène et traitement du diabète. — Paris. (Société d'éditions scientifiques.) — Livre à l'usage des gens du monde, dépourvu de précision scientifique.

BULLETIN

Académie des sciences : Production du diabète sucré chez le lapin par destruction du pancréas. — *Académie de médecine :* De l'action du bicarbonate de soude sur la sécrétion gastrique. — Des dangers que présentent, au point de vue de la contagion, les locaux habités par des tuberculeux. — *Société de biologie :* Tuberculose du chien.

— M. Chauveau, en collaboration avec M. Kaufmann, a présenté, aux deux précédentes séances de l'Académie des sciences, une note sur la comparaison des effets de l'ablation du pancréas avec ceux de la section bulbaire; il est entré dans des détails très intéressants sur le rôle que jouent le pancréas et certains centres nerveux régulateurs de la fonction glycémique. Dans cette note, il revenait sur l'action qu'exerce sur ces centres nerveux une « sécrétion interne » du pancréas. L'ablation de la glande, par suite de la suppression du rôle qu'elle joue, détermine l'apparition du diabète. La théorie pancréatique du diabète sucré, si bien exposée depuis longtemps déjà par M. Lancereaux, et développée dans la thèse de son interne Thiroloix, trouve ainsi de nouvelles confirmations expérimentales.

Dans la séance du 20 mars, M. Chauveau également a présenté une note de M. Hédon, appuyant davantage l'hypothèse d'une action glandulaire. Le diabète sucré, consécutif à la destruction du pancréas, provient de la suppression de cette action glandulaire. L'auteur, dans ses expériences, ne s'est pas servi du chien; la suppression non chirurgicale de l'organe chez cet animal étant très difficile, il a opéré sur le lapin, et, pour arriver à la destruction lente du pancréas, il a injecté de l'huile d'olive dans le canal de Wirsung. Le diabète s'établit tardivement, vingt jours, un mois après l'opération. Fait digne de remarque, à l'inverse du chien, les lapins ainsi traités ne maigrissent pas, car ils compensent et au delà leur trouble nutritif par une alimentation exagérée; ils sont polyphages et polyuriques.

Dans une question qui, bien que déjà très avancée, reste encore à l'étude, les expériences de M. Hédon semblent apporter une nouvelle confirmation à la théorie glandulaire de la production du diabète par destruction du pancréas.

— Nous avons été habitués à considérer le signe de l'hyperchlohrydrie stomacale comme un phénomène survenant au cours de la digestion, c'est-à-dire, dans la majorité des cas, une fois accomplie l'ingestion des aliments. Le suc gastrique sécrété alors contient trop d'acide chlorhydrique.

MM. Linossier et Lemoine ont eu l'occasion de rechercher, sur un sujet atteint de mérycisme, l'action du bicarbonate de soude sur la digestion stomacale. Les conclusions générales de leur travail peuvent être résumées ainsi qu'il suit. Le bicarbonate de soude est toujours un excitant de la sécrétion gastrique, même lorsqu'on l'emploie à doses massives. Toutefois cette suractivité sécrétoire s'observe surtout avec des doses moyennes, en ce sens que si la dose de bicarbonate de soude est forte, l'énergie de la muqueuse s'épuise à lutter contre l'alcalinité.

Au point de vue thérapeutique, il s'ensuivrait que le bicarbonate de soude reste indiqué dans les dyspepsies par insuffisance du suc gastrique, et qu'il faut l'administrer surtout quelque temps avant le repas. L'acide chlorhydrique réussirait mieux dans ces cas, en diminuant l'activité sécrétoire d'une muqueuse que le bicarbonate surexcite au contraire.

Nous devons cependant dire qu'il nous a été donné de constater des succès par l'emploi du bicarbonate de soude, administré par doses fractionnées plusieurs heures après le repas, alors que l'acide chlorhydrique déterminait des phénomènes douloureux de l'estomac.

—M. Ducor a rapporté à l'Académie de médecine les observations de trois personnes (la mère et les deux enfants), sans antécédents héréditaires, qui ont contracté la tuberculose dans des logements dont les précédents locataires étaient morts phthisiques depuis deux ans déjà. Le papier qui tapissait les murs de ce logement avait retenu des bacilles de Koch.

La désinfection de tout local où a séjourné un tuberculeux s'impose donc d'elle-même d'après ces observations qui s'ajoutent à beaucoup d'autres. Et cela d'autant plus rigoureusement que la maladie, une fois nettement caractérisée, rétrocède bien rarement.

— On connaît les tentatives de traitement soit préventif, soit même curatif de la tuberculose en général, et de la phthisie pulmonaire spécialement à l'aide de divers sérums de sang provenant d'animaux réfractaires, en apparence, à cette affection. Il s'agissait principalement du sérum de sang de chèvre et de chien. Or, ce mode de traitement, comme bien d'autres, n'a pas donné les bons résultats qu'on en attendait. Cela ne doit pas beaucoup nous surprendre, si nous nous rappelons surtout que la chèvre, réputée mauvais terrain pour le bacille de Koch, est cependant susceptible, bien qu'à un beaucoup moindre degré que le lapin ou le cobaye, d'en être atteinte. Il en est de même pour le chien, dont le sérum avait été également utilisé.

Plusieurs observations ont paru de tuberculose avérée chez cet animal. M. Cadiot vient encore de lire un travail à la Société de biologie dans lequel il établit que la tuberculose du chien n'est pas aussi rare qu'on l'admet généralement. Elle existerait, d'après les statistiques de la clinique d'Alfort, dans la proportion de 1 tuberculeux pour 250 malades. Comme chez les autres animaux, de tous les organes c'est le poumon qui est le plus fréquemment frappé.

M. Cadiot a fait porter ses recherches sur d'autres questions fort intéressantes : la source et le mode d'infection chez les chiens tuberculeux, le danger d'infections qu'ils créent pour les personnes avec lesquelles ils vivent. La contamination, dit-il, paraît avoir pour cause la fréquentation des personnes phthisiques, l'ingestion des crachats tuberculeux. A leur tour, ces animaux infectés peuvent devenir des agents d'infection dont on doit se défendre avec soin.

Revenant à ce que nous disions tout à l'heure il semble que ces faits de tuberculose avérée soit chez la chèvre, soit chez le chien, doivent faire perdre beaucoup de sa valeur au traitement de l'infection bacillaire par le sérum du sang de ces animaux.

INDEX DE THÉRAPEUTIQUE

M. Henri Huchard écrit dans le *Bulletin de thérapeutique* : « C'est une grave erreur de croire que dans le traitement de la cardio-sclérose, nous pouvons beaucoup sur le muscle cardiaque. Celui-ci dégénère et s'atrophie sous l'influence des lésions de ses vaisseaux nourriciers ; c'est le système artériel qui est le premier coupable, c'est à lui que la thérapeutique doit s'adresser, et j'ai dit et répété souvent que, dans cette maladie, la médication doit être artérielle. Il faut favoriser la circulation périphérique pour alléger la circulation centrale, vaincre les obstacles vasculaires pour faciliter le travail du cœur et chercher à réduire de bonne heure les dégénérescences artérielles pour prévenir l'altération consécutive des organes. C'est pour cette question que se trouve indiquée, avec l'emploi des frictions, du massage et des mouvements passifs communiqués aux membres, la prescription du régime lacté et des médicaments vaso-dilatateurs, parmi lesquels les iodures tiennent la première place. »

Nous rappellerons à cette occasion que les praticiens trouvent dans les dragées Foucher, d'Orléans, un médicament élégant, commode, bien dosé et garanti absolument pur.

MÉDECINE PRATIQUE

Dysménorrhée douloureuse.

Le professeur Parvin emploie les pilules suivantes :

Extrait d'opium........ } àâ 0 gr. 10 centigrammes
Extrait de belladone...s }
Sulfate de quinine...... 1 gr. 25 —
pour 24 pilules.

Prendre une de ces pilules toutes les trois heures.

(*Med. and Surgic. Reporter*, 25 février 1893.)

NOTES ET INFORMATIONS

L'assistance publique à Paris. — Le Conseil supérieur de l'assistance publique, continuant la discussion du rapport de M. Fleury-Ravarin, a admis le sectionnement de Paris en circonscriptions d'assistance, avec un hôpital-chef-lieu auquel seront rattachés un certain nombre de dispensaires. Les chefs de service des hôpitaux seront privés du droit de choisir eux-mêmes les malades, et, en dehors des cas d'urgence, l'admission à l'hôpital ne pourra plus être prononcée qu'au domicile même des malades. Le bureau central, dont le Conseil municipal a demandé la suppression, disparaît, et les médecins qui y sont attachés sont placés à la tête des dispensaires.

Notons, enfin, entre autres réformes, la suppression de la fourniture des médicaments par les pharmaciens de la ville et la création de pharmacies municipales.

— La 5e commission du Conseil municipal a adopté les conclusions présentées par le Dr Navarre au sujet de la création d'une maternité à l'hôpital Saint-Antoine.

— Le Conseil municipal a émis un avis favorable à l'acquisition d'un terrain à Augicourt (Oise) pour la création d'un hôpital de phthisiques où seront recueillis les tuberculeux chroniques qui encombrent les hôpitaux de Paris.

La question des patentes des médecins devant le Sénat. — On se souvient que la Chambre des députés avait élevé du 15e au 12e le taux du droit proportionnel pour la patente des médecin payant à Paris un loyer supérieur à 3.000 fr. et dans les villes de province de plus de 100.000 âmes un loyer supérieur à 2.000 fr. La commission des finances du Sénat a rejeté cette disposition nouvelle qu'elle ne trouve pas justifiée.

« Elle pense, dit le rapport, qu'il n'y a pas de raison de soumettre les patentables dont le loyer dépasse un certain chiffre à un tarif plus élevé, parce que l'élévation du loyer tient souvent à des causes étrangères à l'exercice de la profession, et que la taxe prendrait ainsi un caractère progressif. On a fait remarquer, en outre, que le relèvement, sensible pour chaque patentable, ne procurerait au Trésor qu'un supplément de ressources très faible et dans tous les cas hors de proportion avec l'impression fâcheuse que la surtaxe produit chez les assujettis. »

Les étudiants en médecine et la loi militaire. — M. Cornil vient de déposer sur le bureau du Sénat une proposition de loi tendant à modifier l'article 23 de la loi militaire. Ce projet, qui a été renvoyé à la Commission de l'armée, est destiné, s'il est adopté, à donner satisfaction aux desiderata exprimés dans la pétition du syndicat de la presse médicale que nous avons reproduite dans un précédent numéro.

Voici le texte de cette proposition de loi.

Art. 1er. — Les modifications suivantes sont apportées à la loi du 15 juillet 1889 :

Les dispositions de l'article 23 relatives aux étudiants aspirant au diplôme de docteur en médecine, de pharmacien de 1re classe, ou pourvus du titre d'interne des hôpitaux nommés aux concours dans une ville où il existe une Faculté de médecine, sont remplacées par les suivantes :

Art. 23 bis. — Les jeunes gens qui poursuivent leurs études en vue d'obtenir le diplôme de docteur en médecine ou de pharmacien de 1re classe peuvent, sur leur demande, être mis en sursis d'appel jusqu'à l'obtention de leur diplôme, ou de leur nomination comme internes titulaires des hôpitaux nommés aux concours dans une ville où il existe une Faculté de médecine, une Faculté mixte ou une École supérieure de pharmacie.

Avant l'âge de 27 ans, et dans le mois qui suivra leur réception ou leur nomination, les docteurs en médecine, pharmaciens de 1re classe ou internes des hôpitaux, seront appelés sous les drapeaux et renvoyés dans leurs foyers après un an de présence ; ils pourront alors être nommés médecins ou pharmaciens aides majors de réserve, s'ils ont satisfait aux conditions de conduite et d'instruction déterminées par le Ministre de la Guerre.

En cas de mobilisation, les étudiants en médecine et en pharmacie sont versés dans le service de santé.

L'article 24, sauf en ce qui concerne la limite d'âge pour l'obtention des diplômes, et les articles 25, 26, 27, 33, 44 et 45, mais non les dispositions de l'article 59, modifié par la loi du 11 juillet 1892, sont applicables aux jeunes gens visés par le présent article.

Art. 2. — Toutes les dispositions contraires à la présente loi sont et demeurent abrogées.

NOUVELLES

Collège de France. — Par arrêté en date du 15 mars, M. Ranvier, professeur d'anatomie générale au Collège de France, est autorisé à se faire remplacer, pendant le deuxième semestre de l'année scolaire 1892-1893, par M. le Dr Malassez.

Facultés et Écoles des départements. — *Faculté de médecine de Nancy.* — Par décret en date du 10 mars, M. Macé, professeur d'histoire naturelle à la Faculté de médecine de Nancy, est nommé professeur d'hygiène à ladite Faculté (sur sa demande).

Faculté de médecine de Lille. — M. de Lapersonne, professeur de clinique ophthalmologique, est nommé pour trois ans, à partir du 21 mars 1893, doyen de ladite Faculté.

École de médecine et de pharmacie de Tours. — Par arrêté en date du 10 mars, M. Meunier (Jules-Marie-Édouard), docteur en médecine, est nommé professeur de pathologie interne à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours.

Service de santé militaire. — Ont été désignés pour procéder, en 1893, à l'inspection générale des arrondissements du service de santé :

1er arrondissement : M. le médecin-inspecteur général Colin. — IIe arrondissement : M. le médecin-inspecteur Dauvé. — IVe arrondissement : M. le médecin-inspecteur Mathis. — Ve arrondissement : M. le médecin-inspecteur Mathieu. — VIe arrondissement : M. le médecin-Inspecteur Boissean. — VIIe arrondissement : M. le médecin-inspecteur Fée. — VIIIe arrondissement : M. le médecin-inspecteur Morache. — IXe arrondissement : M. le médecin-inspecteur Guillemin. — Arrondissement pharmaceutique : M. le pharmacien-inspecteur Marty.

M. le médecin-inspecteur chargé de l'inspection générale du IIIe arrondissement du service de santé sera désigné ultérieurement.

Distinctions honorifiques. — M. le ministre de l'intérieur a décerné les récompenses suivantes aux médecins ci-après désignés, qui se sont distingués par leur participation dévouée aux travaux des conseils d'hygiène publique et de salubrité pendant l'année 1890 :

Médaille d'or. — M. le Dr Fonquet (de Vannes.)

Médailles d'argent. — MM. les Drs Balestre (de Nice) ; Contaret (de Roanne) ; Massot (de Perpignan) ; Rietsch (de Marseille) ; Reumaux (de Dunkerque) ; Guillemin (médecin militaire).

Rappel de médaille d'argent. — M. le Dr Deshayes (de Rouen).

Médailles de bronze. — MM. les Drs Mauriac (de Bordeaux) ; Panthier (de Senlis) ; Séguret (de Laissac).

— Le ministre de l'intérieur vient de décerner une *médaille de bronze* à M. le Dr Séguret (de Laissac) et à M. Bompaire, externe des hôpitaux de Paris, en récompense du zèle et du dévouement dont ils ont fait preuve au cours de l'épidémie de fièvre typhoïde qui a sévi du mois d'août 1892 au mois de janvier 1893, à Grèzes, commune de Séverac-l'Eglise (Aveyron).

Une *médaille d'argent* de 2e classe a été décernée à M. le Dr Montfort (médecin militaire) pour acte de courage et de dévouement.

Réunion annuelle de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie en 1893. — La quatrième session annuelle de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie se tiendra, à Paris, du 6 au 8 avril prochain.

La Société Obstétricale de France tiendra sa deuxième session le mercredi 5, le jeudi 6 et le vendredi 7 avril 1893, dans le petit Amphithéâtre de la Faculté de médecine de Paris.

Première séance (dite séance d'affaires) le mercredi 5 avril 1893, à 9 heures du matin.

ORDRE DU JOUR : 1° Allocution du Président. — Élection des nouveaux membre titulaires ;

2° Rapports du secrétaire général et du trésorier ;

3° Nomination de membres honoraires et de membres associés.

4° Fixation de l'ordre du jour des séances suivantes de la deuxième session.

La Société a mis à l'étude, pour la deuxième session, les deux questions ci-après :

1° *De la symphyséotomie ;*

2° *Des services d'accouchements en France.*

Cours pratique d'ophthalmologie. — MM. les Drs Rochon-Duvigneaud et Terson recommenceront le vendredi 7 avril à 5 heures à l'Hôtel-Dieu, leur cours pratique d'ophtalmologie qui comprendra :

1° Ophtalmoscopie et réfraction (avec examen de malades).

2° Anatomie normale et pathologie de l'œil et de ses annexes (avec notions de bactériologie, démonstrations de pièces histologiques et notions pratiques de technique).

3° Médecine opératoire (avec exercices de médecine opératoire).

Les cours continueront tous les jours à la même heure et auront une durée de six semaines.

S'inscrire d'avance à la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu tous les matins.

Amphithéâtre d'anatomie. — Programme des cours de la saison d'été, année 1893.

1° *Cours de médecine opératoire.* — MM. les élèves internes et externes des hôpitaux et hospices sont prévenus que les *cours de médecine opératoire* commenceront le lundi 10 avril 1893.

2° *Conférences d'histologie.* — Des conférences sur *l'histologie pathologique* continueront à être faites par M. le docteur Lesage, chef du laboratoire.

MM. les élèves seront chaque jour exercés, sous sa direction, au maniement du microscope.

Le banquet annuel de l'internat en médecine des hôpitaux de Paris aura lieu le samedi 8 avril prochain, à 7 heures et demie précises, au restaurant Marguery (boulevard Bonne-Nouvelle, près le théâtre du Gymnase), sous la présidence de M. le professeur Brouardel. Le prix de la cotisation (20 francs pour les anciens internes, 16 francs pour les internes en exercice), peut être remis dans les hôpitaux à l'interne en médecine, économe de la salle de garde, ou adressé directement au Dr Emile Tillot, 42, rue Fontaine-Saint-Georges.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Rueff et Cie éditeurs, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

Manuel de médecine, publié sous la direction de MM. G. DEBOVE, professeur de la Faculté de médecine de Paris ; CH. ACHARD, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Condition de la publication. — Le Manuel de médecine comprendra 8 volumes ainsi distribués :

1° Maladies de l'appareil respiratoire (paru) ;

2° Maladies de l'appareil circulatoire et du sang (paru) ;

3° et 4° Maladies du système nerveux ;

5° Maladie du tube digestif et du péritoine ;

6° Maladies du foie et des reins ;

7° et 8° Maladies générales.

Cet ouvrage sera complet en un an.

Le prix de la souscription pour l'ouvrage complet, relié, est de 80 francs.

Les souscripteurs à l'ouvrage complet payeront le prix des volumes au fur et à mesure de leur apparition.

Il ne sera donc fait aucun versement d'avance.

Chaque volume se vend séparément et n'engage pas l'acquéreur pour l'achat des volumes à paraître.

En vente :

Maladies de l'appareil respiratoire.

Maladies de l'appareil circulatoire et du sang.

Prix de ces volumes, reliés en peau pleine souple : 10 fr. chaque.

Le Rédacteur en chef et gérant : F. DE RANSE.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame. — *Téléphone.*

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Rédacteur en chef : M. le Dr F. DE RANSE

Comité de Rédaction : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN
J. ARNOULD (de Lille), P. FABRE (de Commentry), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon)

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, avenue Montaigne (Rond-Point des Champs-Elysées)

CLINIQUE CHIRURGICALE

STATISTIQUE ET OBSERVATIONS DE CHIRURGIE HOSPITALIÈRE,

Par le Dr Polaillon,
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu, professeur agrégé à la Faculté, Membre de l'Académie de médecine.

(Suite) (1).

VIII. — *Entorses.*

321 entorses { 273 hommes, 273 guéris. / 48 femmes, 48 guéries. } 0 mort.

En considérant la fréquence des entorses d'après les âges j'arrive aux résultats suivants :

De 15 à 20 ans.	38	entorses.	32	hommes.	6	femmes.
De 20 à 25 ans.	31	—	24	—	7	—
De 25 à 30 ans.	44	—	39	—	5	—
De 30 à 35 ans.	33	—	29	—	4	—
De 35 à 40 ans.	53	—	49	—	4	—
De 40 à 45 ans.	39	—	34	—	5	—
De 45 à 50 ans.	32	—	26	—	6	—
De 50 à 55 ans.	18	—	15	—	3	—
De 55 à 60 ans.	18	—	14	—	4	—
Au-dessus de 60	15	—	11	—	4	—

Les entorses ont été exactement aussi fréquentes au pied droit qu'au pied gauche. 5 fois elles ont affecté le pied droit et le pied gauche en même temps.

Les entorses ont eu pour siège : 2 fois l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil ; 25 fois les articulations médio-tarsiennes; 200 fois l'articulation tibio-tarsienne; 94 fois le siège de l'entorse n'a pas été diagnostiqué.

Les entorses légères ont été les plus nombreuses :

150 ont nécessité un séjour à l'hôpital de 1 à 5 jours ;
87 — de 5 à 10 jours.

Parmi les entorses sérieuses :

42 ont nécessité un séjour à l'hôpital de 10 à 15 jours.
18 — de 15 à 20 —
7 — de 20 à 30 —
5 — au-delà de 30 —

(1) Voir la *Gazette médicale*, n° 13, 1893.

La durée moyenne du traitement a été de 8 jours.

Le traitement a consisté en massages et en bains chauds dans la généralité des cas. Lorsque l'articulation avait de la tendance à s'enflammer, j'ajoutais la compression ouatée, quelquefois l'immobilisation dans un appareil silicaté ou plâtré.

IX. — *Luxations.*

1° *Luxations des phalanges.*

5 luxations { 5 hommes, 5 guéris. / 0 femme. } 0 mort.

Je n'ai observé ces luxations qu'au gros orteil. Dans 2 cas la phalangette était luxée ; dans 3 cas, le déplacement portait sur la première phalange.

Les *luxations de la phalangette* étaient l'une récente (obs. 9), l'autre ancienne (obs. 10).

Obs. 9. — *Luxation de la phalangette du gros orteil par hyperextension.* — Le nommé C... (Auguste), âgé de 40 ans, d'une constitution très vigoureuse, portait sur ses épaules un lourd fardeau pour décharger un bateau. En quittant le bateau pour monter sur le plat bord, il perdit l'équilibre. Le bout de son pied gauche porta seul sur le bord de la planche et glissa. Dans ce mouvement, les orteils, et surtout le premier orteil supportant tout le poids du corps, furent fortement relevés, pendant que la contraction musculaire fléchissait les orteils pour prendre un point d'appui sur le plat bord. Le pied ayant manqué, la crête du tibia racla le bord de la planche et le blessé tomba sur le côté gauche. Pas de perte de connaissance. C... se releva, put un peu marcher et, comme il souffrait beaucoup, on l'apporta à la Pitié.

Le 31 mai 1881, indépendamment d'une plaie contuse au rebord de l'orbite et d'une entorse du coude gauche, je constate que la phalangette du gros orteil est fortement relevée du côté de la face dorsale, de manière à former avec la première phalange un angle qui se rapproche de l'angle droit. La phalangette est à peu près immobilisée dans cette situation et il n'est pas possible de la ramener, par un mouvement naturel, dans sa position normale. Elle a très peu de mobilité latérale.

Sur la face dorsale de l'orteil, au niveau de l'interligne articulaire, on voit un sillon assez profond au devant duquel existe une saillie arrondie, qui participe aux mouvements qu'on fait exécuter à la phalangette. Sur la face plantaire, on voit une saillie très accentuée, qu'il est facile de reconnaître pour l'extrémité antérieure de la première phalange du gros orteil.

La longueur de l'orteil n'est pas sensiblement diminuée.

Tous ces signes caractérisent une luxation complète en haut de la phalangette du gros orteil.

Je procède immédiatement à la réduction de cette luxation,

près avoir endormi le patient avec le chloroforme. Une légère traction combinée avec un mouvement de flexion suffit à ramener la phalangette à sa place. Le pied est immobilisé dans une semelle plâtrée qui se relève sur les bords du gros orteil.

Cet appareil est enlevé au bout de dix jours. La luxation est bien réduite. La phalangette a recouvré tous ses mouvements. Il n'y a ni douleur, ni gêne au niveau du gros orteil.

Le 15 juin, Ch... (Auguste), quitte l'hôpital.

Obs. 10. — *Luxation ancienne en haut de la phalangette du gros orteil.* — Le nommé B... (François), âgé de 42 ans, exerçant la profession de boucher, entre le 9 juillet 1890, pour un durillon très douloureux sous le gros orteil gauche.

En l'examinant, je constate qu'il porte une luxation complète en haut, non réduite, de la phalangette du gros orteil. La déformation est exactement la même que dans l'observation précédente. L'extrémité postérieure de la phalangette fait saillie sur la face dorsale, et l'extrémité antérieure de la phalange fait saillie à la face plantaire. Cette luxation existe depuis plusieurs années. Un durillon très douloureux s'est formé sur la saillie de l'extrémité antérieure de la première phalange. Ce durillon est tellement volumineux et la marche est tellement entravée, que je propose l'amputation de l'extrémité de l'orteil. La luxation était, d'ailleurs, irréductible sans une opération de résection, qui aurait été très gênée par la présence du durillon.

Le 17 juillet. Amputation dans la continuité de la première phalange. Réunion immédiate. Guérison en neuf jours.

Parmi les trois *luxations de la première phalange du gros orteil*, deux étaient récentes (obs. 11 et 12) et la troisième ancienne (obs. 13).

Obs. 11. — *Luxation en bas du gros orteil.* — D... (Charles), âgé de 19 ans, exerçant la profession de maçon, entre à la Pitié le 10 octobre 1884. A la suite d'un choc violent contre une pierre le gros orteil paraît avoir été entraîné dans une flexion exagérée, et la première phalange s'est luxée au-dessous de la tête du premier métatarsien.

En attirant l'orteil en avant, en même temps que je cherche à faire la coaptation, la luxation se réduit aussitôt et facilement, sans avoir de tendance à la reproduction. Aucun appareil contentif ne fut appliqué. L'orteil et le pied furent seulement entourés de compresses résolutives. Au bout de neuf jours le blessé pouvait quitter l'hôpital.

Obs. 12. — *Luxation complète en haut et en dedans du gros orteil; impossibilité de réduire ; arthrotomie ; réduction.* — B... (Jean-Marie), tonnelier, âgé de 32 ans, entre le 2 décembre 1889 à la Pitié. La veille, pendant qu'il roulait une pièce de vin, en s'arqueboutant sur la pointe des pieds, il tombe et se luxe le gros orteil gauche.

L'extrémité postérieure de la première phalange fait saillie en haut et en dedans de la tête du premier métatarsien. Celle-ci fait saillie à la face plantaire. L'axe du gros orteil n'est ni relevé, ni abaissé. La luxation est complète. Le malade souffre modérément.

Il m'est impossible de réduire le déplacement par les procédés de douceur. Tractions sur l'orteil, manœuvres de coaptation, relèvement de l'orteil, torsions, tout reste sans résultat.

Le malade étant complètement endormi par le chloroforme, je répète sans succès ces mêmes manœuvres. Saisissant alors l'orteil avec la pince à mors de cuir, j'exerce en vain des tractions. Je relève alors fortement l'orteil sur le dos du pied, de manière à dégager le ligament antérieur, comme on le fait, d'après le procédé de Farabeuf, pour réduire la luxation du pouce en arrière ; puis je cherche à ramener en avant la phalange, en rasant exactement la tête du métatarsien. Je recommence à plusieurs reprises la même manœuvre ; mais tout échoue.

Comme pour la luxation du pouce, l'obstacle à la réduction réside probablement dans le ligament glénoïdien déchiré, dont le rebord flottant et adhérent à la première phalange vient s'interposer entre les surfaces articulaires.

Après avoir laissé reposer le malade pendant quelques jours, je résolus de pratiquer l'arthrotomie et de réduire.

Le 9 décembre, chloroformisation. Application de la bande d'Esmarch. Ouverture de l'articulation métatarso-phalangienne. Je constate alors, *de visu*, que c'est la partie du ligament glénoïdien déchiré, celle qui tient à la phalange et qui renferme l'os sésamoïde interne, qui empêche la réduction en venant s'interposer comme un corps étranger entre les surfaces articulaires. L'irréductibilité dans cette variété de luxation du gros orteil, se produit donc par le même mécanisme que l'irréductibilité de la luxation du pouce en arrière.

L'articulation étant ouverte, j'ai dû, pour réduire, non seulement dégager le lambeau du ligament glénoïdien, mais encore réséquer l'os sésamoïde interne.

Suture de la plaie. Pansement de Lister. Immobilisation dans un appareil plâtré.

Consécutivement la luxation resta bien réduite. Mais, il y eut un peu de sphacèle de la peau sur le dos du pied, au voisinage de l'incision, et la plaie opératoire suppura. La cicatrisation se fit par granulations.

Le 15 avril 1890, B... (Jean-Marie) sortit de l'hôpital. Les mouvements de l'articulation étaient conservés mais diminués d'étendue.

(*A suivre.*)

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

LEÇONS SUR LA PHYSIOLOGIE ET LA PATHOGÉNIE DE LA DESTRUCTION DU SANG,

Par William Hunter,

M. D. Edin., M. R. C P. Lond., etc...
Médecin assistant du London Fever Hospital.

Suite (1).

LES CAPILLAIRES GASTRO-INTESTINAUX CONSTITUENT UN SIÈGE D'HÉMOLYSIS.

Puisque la rate est le siège principal de l'hémolysis, on doit naturellement se demander où cette modification a lieu après ablation de cet organe. En ce qui concerne le pigment sanguin, la place de la rate est alors prise, partie par la moelle rouge des os, partie par les capillaires du foie (exp. 64 chiens et 89 lapins), la quantité de pigment dans l'intérieur des capillaires du foie se trouvant plus considérable que sans n'importe quelle autre circonstance. Mais le pigment seul n'a, à ce point de vue, ainsi que nous l'avons constaté, qu'une signification relative. Mes observations

(1) V. *Gazette médicale*, nos 1, 2, 4, 5, 6, 9, 10 et 11, 1893.

montrent, en effet, qu'après ablation de la rate, ce ne sont point les capillaires du foie mais ceux qui sont situés à l'autre extrémité du système porte, je veux dire les capillaires de la mnqnense gastro-intestinale, qui constituent les points principaux des changements hémolytiques. Les preuves que je puis fournir de cette opinion sont naturellement heaucoup moins concluantes qu'en ce qui concernait la rate, à cause de l'étendue de l'aire que ces capillaires comprennent.

Voici ce qu'en j'en puis dire. Quand la destruction était en proportion modérée, le sang des veines mésentériques ne présentait point de modifications, tandis que celui de la veine splénique pouvait en présenter de très accentnées (exp. 78, 80, 86 et 87). Si le degré de la destruction était plus considérahle, le sang mésentérique offrait de légères modifications, mais d'un caractère heaucoup moins net que celles du sang splénique (exp. 82). En un mot, quand la rate était présente, il était exceptionnel de constater des changements dans le sang provenant du réseau gastro-intestinal, alors même qu'une hémolysis considérahle avait été produite expérimentalement. Après ablation de la rate, d'autre part, c'était la règle, même avec un degré d'hémolysis heaucoup moins accusé.

Les changements n'étaient points seulement constatés d'une façon plus fréquente; ils étaient encore plus variés et d'nu caractère plus extensif. Tandis que chez les animaux normaux, ils comprenaient au plus la présence d'un excès de granulations albumineuses, chez les animaux privés de rate ils comprenaient, non seulement un plus grand nombre de ces sphérules et granulations, mais aussi, ce qui n'avait pas été constaté auparavant, de grosses cellules pigmentaires renfermant des globules rouges, et des globules rouges en processus de désintégration active, faisant issue hors de leur stroma, et se fractionnant en corps sphériques colorés De tels changements avaient été jusqu'ici entièrement confinés au sang de la rate et de la veine splénique (exp. 62, 64 et 77). Ils comprenaient, en outre, une modification plus significative, une de ces modifications auxquelles je n'ai pas eucore fait allusion, c'est-à-dire une augmentation du quadruple ou quintuple dans le nombre des leucocytes (exp. 64, chien); cette modification n'avait jamais été observée au même degré, même dans la veine splénique, à laquelle elle était restée limitée (exp. 121, chien). On doit, par conséquent, en déduire que quelques-uns des changements, presque exclusivement confinés dans la rate chez les animaux normaux, s'étaient, après ablation de cet organe, opérés dans l'aire heaucoup plus étendue du réseau capillaire gastro-intestinal. Si surprenant que ce résultat ait pu paraître d'ahord, il devient parfaitement explicable à la suite des faits qui vont être rapportés plus bas. En effet, si on considère l'étendue, la masse et l'activité des cellules, aussi hien épithéliales que lymphoïdes, qui sont en connexion avec ce réseau, l'aire capillaire de la muqueuse gastro-intestinale pent être justement regardée comme un organe qui n'a point, en étendue et en activité fonctionnelle, son semblable dans l'économie, sans même excepter le foie. Quelque difficulté que j'eusse à expliquer pourquoi l'action destructive du toluylendiamine se trouvait apparemment plus accentuée dans cet aire que dans une antre, je conclus néanmoins que c'était là la vérité. Cette difficulté se dissipa quand je constatai que c'était l'activité cellulaire plus qoe tont antre facteur qui déterminait l'occurence de l'hémolysis même après l'injection d'une substance destructive comme le toluylendiamine.

Je conclns donc que le réseau capillaire gastro-intestinal est le siège le plns important de l'hémolysis aprés la rate, à laquelle senle il le cède. Je lui donne un rôle secondaire à la rate parce que, lorsque celle-ci est présente, les modifications qui ont lieu dans le sang de ce réseau sont moins accusées que celles constatées dans la veine splénique. Je lui donne un rôle supérieur à celui du réseau capillaire hépatiqne, en partie parce qu'après ablation de la rate les principaux changements se voient dans le sang qui provient de l'aire gastro-intestinale, et sont du même caractère que ceux observés auparavant dans la veine splénique; en partie parce que par leur masse, leurs caractères et leur activité, les cellules qui sont en connexion avec l'aire capillaire gastro-intestinale ont des analogies avec les cellules de la rate plus grandes que celles qui existent entre les cellules de la rate et les cellules connexes aux capillaires du foie.

ROLE DE FOIE DANS L'HÉMOLYSIS

Je résume les résultats de mes observations en ce qui concerne les sièges principaux de l'hémolysis. Selon leur ordre d'importance, ces sièges sont : 1° la rate; 2° l'aire capillaire gastro-intestinale; 3° les capillaires du foie et enfin 4° la moelle rouge des os. Tous ces systèmes ont en commun deux caractéristiques d'une importance capitale, la lenteur relative de la circulation et quantité de cellules actives situées dans des rapports étroits avec le sang. A l'exception de la moelle rouge des os, que je regarde d'ailleurs comme d'importance minime relativement aux autres systémes, tous les siéges de l'hémolysis sont en connexion avec la circulation porte et déversent leur sang dans ce système. Dans tous les cas, par conséquent, les produits de l'hémolysis, quelle que soit leur nature, doivent passer par le foie avant d'atteindre la circulation générale. C'est à ce moment que devient manifeste, selon moi, le rôle le plus important du foie en ce qui concerne l'hémolysis. Une certaine proportion d'hémolysis peut avoir lieu dans son aire capillaire comme résultat de l'activité de la masse des leucocytes qui y sont contenus et, jusqu'à un certain point, comme résultat également de l'activité des cellules hépatiques adjacentes. Cependant la fonction principale du foie n'est pas de faire l'hémolysis, mais d'éliminer par excrétion ou autrement les produits de l'hémolysis. Le plus abondant de ces derniers est l'hémoglobine. Mise en liberté dans la rate et dans l'aire capillaire gastro-intestinale, elle est transportée au foie passe au travers des cellules endothéliales des parois des capillaires et est reprise par les cellules hépatiques. Alors elle ne reste plus elle-même; le principal produit de sa destruction consiste en les pigments hiliaires et une petite trace de fer excrétée chaque jour dans la hile (Young, Kunkel, Hoppe-Seyler, Baserin et Novi). Parfois, mais non constamment, une trace de pigment sanguin reste dans la cellule hépatique. Les produits morphologiques de la destruction du sang, les granulations et les sphérules, etc., sont également arrêtés à leur passage à travers le foie, et ne peuvent entrer dans la circulation générale, non point cependant par l'intermédiaire des cellules hépatiques, mais par celle des leucocytes des capillaires.

je conclus de la fréquence avec laquelle j'ai constaté des éléments de cette nature et des cellules pigmentaires dans les capillaires du foie et dans l'aire porte, alors qu'il ne s'en trouvait aucun dans la circulation générale pendant la vie ou dans les veines de l'économie après la mort, que le pouvoir ainsi possédé par les leucocytes et les cellules endothéliales du foie, est très considérable et très important.

La description que j'ai donnée des sièges, et par anticipation, de la nature de l'hémolysis, diffère ainsi en bien des points des données sur lesquelles nous avions commencé notre étude. Cela n'est nulle part plus évident peut-être qu'en ce qui concerne le rôle du foie dans l'hémolysis. Jusqu'ici la première place lui a été attribuée dans cette fonction. Le rôle de la rate (et des autres organes) a été signalé, soit sur ce fait qu'aucune diminution des globules rouges ne peut s'observer dans le sang qui en sort, soit sur ce qu'on ne peut découvrir d'hémoglobine libre dans le sang de la veine splénique (Schäfer). Mais si quelque organe se trouve être plus spécialement préposé à l'hémolysis, on admettait qu'évidemment cet organe est le foie, et que la destruction, de plus, se fait d'une façon ou d'une autre, par l'intermédiaire des cellules hépatiques.

L'un des résultats des recherches actuelles a été, selon moi, de dépouiller le foie de ce rôle principal dans l'hémolysis et de lui en attribuer un autre, très important encore, mais cependant plus humble, celui d'un organe excréteur. Au lieu d'une hémolysis ayant lieu dans le sang en général, où se confinant dans un organe spécial, nous avons parlé d'une hémolysis se faisant presque exclusivement dans la circulation porte différenciée expressément de la circulation générale ; et dans cette circulation porte, les deux points principaux affectés à l'hémolysis, sont d'abord la rate puis l'aire capillaire gastro-intestinale. Enfin, bien loin de voir dans l'hémolysis un processus occasionnel, consistant en des modifications lentes du sang, marquées en ce qui concerne les globules rouges par la perte graduelle de leur élasticité, puis de leurs fonctions, nous avons considéré l'hémolysis comme un processus quotidien, comprenant la libération journalière d'une certaine quantité d'hémoglobine dans le plasma du sang, et la transformation de cette hémoglobine en pigments biliaires par l'intermédiaire des cellules hépatiques.

(*A suivre.*)

REVUE DES JOURNAUX

CONTRIBUTION A L'HISTOIRE CLINIQUE DES TUMEURS GOITREUSES.

I. — Un cas de goitre avec torsion et compression de la trachée et perforation de ce conduit, par le Dr E. Meyer. (*Deutsche medicin. Wochenschrift*, 1893, n° 11, p. 253.)

II. — Sur la genèse et le diagnostic des tumeurs goitreuses endothoraciques isolées, par le Dr H. Braun. (*Eodem loco*, p. 251.)

I. — L'observation de Meyer concerne un homme de 52 ans qui était venu consulter l'auteur pour des troubles du côté du larynx : toux, sensation de grattage dans la gorge, par moments expectoration sanguinolente, dyspnée. Depuis son enfance le malade avait eu une tumeur au cou qui, dans les derniers temps, avait beaucoup augmenté de volume. En même temps la gêne respiratoire avait augmenté.

Légère cyanose. P. 76. R. 24. Au côté droit du cou, on constate la présence d'une tumeur, émergeant de la fosse jugulaire et remontant jusqu'au cartilage cricoïde. La tumeur était de consistance dure, munie, à sa partie supérieure, de trois bosses de la grosseur d'une noix, dont deux étaient fluctuantes. La trachée, tordue sur son axe, était refoulée vers la gauche. A l'examen laryngoscopique, on constatait que la tumeur faisait une forte saillie dans la trachée, au niveau du 4e et 5e anneaux. Le point le plus proéminent de cette saillie était occupé par une tumeur du volume d'un haricot, couverte de sang. Après expectoration de ce dernier, la surface de la tumeur apparaissait lisse, d'un rouge intense. La muqueuse paraissait être intacte partout, mais saignait légèrement.

L'auteur fait remarquer qu'on pouvait être tenté facilement de diagnostiquer, chez ce malade, un carcinome de la glande thyroïde, propagé à la trachée par voie de continuité, mais que l'évolution de la tumeur parlait contre semblable hypothèse. Toutes sortes de raisons plaidaient en faveur du caractère bénin de la tumeur. Dès lors, l'hypothèse la plus vraisemblable était celle d'une tumeur goitreuse ayant fait effraction dans la trachée. Jusqu'ici on ne connaissait qu'un fait de ce genre, publié récemment par Paltauf (*Ziegler's Beiträge zur patholgischen Anatomie*, décembre 1891), et dont voici une relation abrégée :

Une servante âgée de 29 ans, s'était présentée à la clinique du professeur Albert, en proie à une dyspnée très intense. Une trachéotomie la délivra de sa gêne respiratoire. Voici ce que révéla ensuite l'examen laryngoscopique :

Au-dessous de la corde vocale droite, la muqueuse était soulevée en forme de tumeur. La paroi gauche de la trachée paraissait soulevée jusqu'au niveau de la plaie résultant de la trachéotomie. Ce soulèvement allait en augmentant de haut en bas ; à sa partie la plus déclive, la lumière de la trachée était réduite à un petit orifice. Des manœuvres de dilatation ont donné, au début, de bons résultats ; puis elles ont été suivies de tuméfaction et de douleurs. Une incision, pratiquée dans l'abcès, ne procura aucun soulagement. Le malade succomba aux progrès de la dyspnée.

L'examen histologique du néoplasme fit voir qu'il s'agissait d'une tumeur goîtreuse, qui en se développant avait perforé les membranes comprises entre les anneaux cartilagineux de la trachée.

II. — Après quelques considérations générales sur la pathogénie des goitres endothoraciques, M. Braun relate l'exemple suivant de ce genre de tumeur goitreuse :

Une femme de 58 ans s'était aperçu, trois années auparavant, que son cou devenait plus gros à droite qu'à gauche. A partir de là elle présenta une série de symptômes, tels que dyspnée au moindre effort musculaire, sensation d'angoisse et d'oppression, palpitations, battements dans le côté droit du cou, exophtalmie passagère à droite, dont l'intensité varia d'un moment à l'autre. Depuis un an, ces accidents ne lui laissent plus de trêve. Au moindre effort, elle venait en proie à une dyspnée et à une agitation extrêmes, à de violentes palpitations. La nuit elle avait souvent des accès d'étouffement, et des douleurs qui s'irradiaient du côté droit du cou vers la nuque.

An moment où M. Braun vit pour la première fois la ma-

lade, il constata l'état suivant : pas d'exophthalmie ; rien d'anormal du côté des pupilles ; rien d'anormal à l'examen laryngoscopique. Pouls accéléré mais régulier, voussure du cou et de la région sus-claviculaire, à droite. En arrière de l'articulation sterno-claviculaire droite on sentait à la palpation le sommet d'une tumeur élastique, non fluctuante, recouverte en majeure partie par le muscle sterno-cléido-mastoïdien. Cette tumeur débordait la clavicule droite de 1/2 centimètre environ ; en dedans elle atteignait la ligne médiane ; en dehors elle arrivait jusqu'à la jonction du tiers moyen et du tiers interne de la clavicule, en refoulant la carotide commune. Elle était agitée par des pulsations isochrones aux contractions cardiaques, et qui pouvaient faire croire à l'existence d'un anévrysme.

Un peu au-dessus de cette première tumeur il s'en trouvait une autre, contiguë à la trachée, du volume d'une noix, reliée à l'isthme du corps thyroïde par un pédicule. Quand on faisait mouvoir cette seconde tumeur de haut en bas et de bas en haut, la tumeur inférieure participait à ces mouvements, preuve que les deux néoplasmes étaient en communication l'un avec l'autre.

M. Braun procéda à l'extirpation du néoplasme inférieur. Il s'agissait bien d'une tumeur goitreuse, peu vascularisé, qui avait pour dimensions respectives 75, 40 et 30 millim. La trachée était refoulée vers la gauche et aplatie. L'artère innominée et la jugulaire interne droite étaient adossées à la face interne de la tumeur. Un dessin, annexé au travail de l'auteur, fait bien voir les rapports anatomiques de la tumeur avec les organes avoisinants. Une bride conjonctive reliait la capsule de ce goitre endothoracique, à l'autre tumeur qui était elle-même reliée par un pédicule parenchymateux à l'isthme de la glande thyroïde. Le lobe droit de cette dernière fut extirpé à son tour, suivant le procédé de Hahn. Quinze jours après l'opération la malade était rétablie.

L'examen histologique du néoplasme a montré qu'il s'agissait d'un adénome fœtal, en état de prolifération récente, parsemé d'un grand nombre de foyers hémorrhagiques. Le lobe droit de la glande thyroïde logeait également de petits noyaux d'adénome. Selon toute vraisemblance la tumeur endothoracique était, à son origine, comme ces derniers, entourée de tissu glandulaire thyroïdien, qui s'était atrophié à la longue. Comme d'autre part la malade n'avait jamais présenté, dans sa jeunesse, de tumeur goitreuse extérieure, il est bien permis d'admettre qu'il y avait eu dégénérescence goitreuse dans un prolongement anormal de la glande thyroïde, et non dans la glande thyroïde occupant d'abord une situation normale et disloquée dans la suite de haut en bas.

L'auteur a rappelé que dans un travail récent, Wœlfler (*Die chirurgische Behandlung des Kropfes*, Berlin, 1890, t. II), a traité à fond la pathogénie et l'histoire clinique des goitres endothoraciques et qu'il a distingué deux variétés de goitres accessoires (*Nebenkröpfe*) : les uns, qu'il qualifie de goitres *vrais*, complètement isolés de la glande thyroïde ; les autres, reliés à cette dernière par un pédicule glandulaire ou conjonctif, et que Wœlfler propose de dénommer goitres *faux* ou alliés.

Le cas relaté par M. Braun rentre évidemment dans la catégorie des goitres endothoraciques faux, suivant la nomenclature de Wœlfler. E. RICKLIN.

ERRATUM. — Dans le dernier numéro, page 151, au lieu de *aéroparesthèsie*, lire *acroparesthésie* et au lieu de Laguer, lire Laquer.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE, 6e session, Paris, 1892. Procès-verbaux, mémoires et discussions publiés sous la direction de M. PICQUÉ, secrétaire général adjoint. — Félix Alcan, éditeur, Paris.

On avait eu raison de bien augurer de ces grandes assises où les chirurgiens français viennent s'entretenir des faits saillants de leur pratique, où chacun apporte sans distinction de caste, sa contribution à la solution ou du moins à l'étude des plus difficiles problèmes de l'art chirurgical. Le livre que nous avons sous les yeux, témoigne et par son volume et par la multiplicité des communications qui s'y trouvent relatées, de l'activité qui a animé le 6e congrès français Il fournit la preuve de l'intérêt qui s'attache à l'étude de la chirurgie et à la décentralisation de ses diverses pratiques. Il permet de pronostiquer, à la confusion de ses premiers détracteurs, une marche progressive et rapide dans cette branche de la médecine.

Nous n'avons pas à rappeler que le congrès français de chirurgie entend et discute dans une partie de sa session les rapports faits par des commissions préalablement désignées sur des sujets mis à l'ordre du jour et que, dans la 2e partie, il entend et discute aussi les communications faites par divers membres sur des sujets se rapportant à n'importe quelle branche de la science chirurgicale.

Qu'il nous suffise de citer les savants rapports de MM. Jeannet sur « la pathogénie et le traitement des gangrènes chirurgicales » ; Guyon sur « la pathogénie des accidents infectieux chez les urinaires » ; Terrier « des opérations chirurgicales sur les voies biliaires. Résultats immédiats et éloignés ».

Quant aux communications diverses, leur nombre est si grand qu'il ne pourrait se prêter ici à une énumération facile. Mieux vaut se borner à rappeler que le traitement des ostéoarthrites tuberculeuses par la méthode sclérogène, que la craniectomie dans l'idiotie, que l'arthrodèse, que la laparotomie dans la péritonite, que l'ostéoclasie ont été des sujets de prédilection pour MM. Lanuelongue, Girard, Largeau, Chénieux, Piéchaud, Phocas, Dubois, Iscovesco, Jacobs.

Le traitement de la conjonctivite granuleuse a été étudié par MM Lagrange et Abadie ; M. Routier s'est occupé du traitement des suppurations pelviennes et des lésions bilatérales des annexes ; M. Richelot a presenté les résultats éloignés de la cure radicale des hernies ; M. Reverdin est revenu sur les tarsectomies postérieures. Il s'est attaché à démontrer que la méthode communiquée par lui au premier Congrès français de chirurgie en 1885 permet une facile et complète exploration des lésions de l'articulation tibiotarsienne et du tarse postérieur, et met par ce fait les chirurgiens dans les meilleures conditions au point de vue de la destruction vraiment complète des parties malades.

Faut-il signaler les communications de MM. Ehrmann sur la « suture secondaire du nerf radial dans l'aisselle et à distance » ; Levrat sur « le rachitisme tardif » ; Ollier sur « la résection du genou et sur l'importance de la suture osseuse pour assurer la synostose » ; Quénu sur « le traitement chirurgical de la sciatique des variqueux » ; Delorme sur « la ré-

section métatarso-phalangienne du gros orteil dans les cas d'ankylose » ?

Mais tout à peu près serait à citer. Mieux vaut donc engager notre lecteur à se reporter au substantiel volume que la maison Félix Alcan vient d'éditer.

Les amygdalites aigues, par M. A. Sallard, volume de la *Bibliothèque médicale Charcot-Debove*. — J. Rueff et Cie, éditeurs.

Nous n'avons pas à faire, quant à la forme, l'éloge des volumes qui viennent enrichir tous les jours la bibliothèque médicale Charcot-Debove : chacun connaît ces livres artistement reliés et soigneusement imprimés que fait éditer la maison Rueff. Ce que nous voulons prouver surtout, c'est que le fond lui-même ne souffre en rien de ce luxe extérieur, auquel la littérature médicale française était restée à peu près constamment étrangère. M. Sallard a traité les amygdalites aiguës avec beaucoup de succès. Son style clair et précis rend la lecture de son étude agréable et facile.

Un coup d'œil jeté sur la configuration des amygdales et sur les connexions qu'elles offrent avec les divers éléments du pharynx, précède l'étude des inflammations aiguës de ces organes dont la physiologie demeure, à l'heure actuelle, assez obscure, leur rôle n'étant déterminé que d'une manière plus qu'imparfaite.

Avec la définition de l'amygdalite, ses classifications et son anatomie pathologique, nous entrons en plein dans le cœur du sujet. Mais c'est l'étiologie et la pathogénie qui prêtent surtout à l'argumentation de l'auteur. Il met en saillie l'action prédisposante de l'herpétisme, du lymphatisme, de l'arthritisme, montre ce qui revient aux climats, aux saisons, aux âges, accuse les irritants locaux du pharynx, tout en admettant que l'hypothèse qui veut faire de l'amygdalite une maladie générale infectieuse, une fièvre dont l'angine n'est qu'une manifestation tardive, est celle qui semble actuellement la plus vraisemblable et la plus conforme à la majorité des faits. N'a-t-on pas observé des amygdalites contagieuses? Ne les voit-on pas évoluer le plus souvent avec la pneumonie, la grippe, l'érysipèle, toutes maladies dont la nature bactérienne n'est plus à démontrer?

La symptomatologie de l'amygdalite aiguë comporte des troubles fonctionnels dont le plus important est la dysphagie, des troubles respiratoires, des troubles auditifs. La fièvre est le plus important des troubles généraux, viennent ensuite des troubles nerveux, des troubles digestifs et souvent de l'albuminurie. Quant aux amygdales, elles sont grosses, rouges, recouvertes d'un enduit pultacé, ou criblées de cryptes, ou œdématiées, ou phlegmoneuses.

Nous nous contenterons de signaler les chapitres relatifs au diagnostic des amygdalites régulières, au catarrhe aigu des amygdales accessoires, aux amygdalites suppurées, aux amygdalites anomales, aux complications des amygdalites. Parmi ces dernières, il convient de citer le mal de Bright, les arthropathies, l'érythème multiforme, les endopéricardites, l'œdème de la glotte, la pneumonie, la pleurésie, la péritonite, la méningite, les paralysies, parfois même l'orchite, l'ovarite, l'otite, fréquente surtout à la suite de l'amygdalite grippale.

La microbiologie des amygdalites est incomplète et encore assez obscure. D'un certain nombre de travaux intéressants, il paraît ressortir qu'il n'existe pas de microorganisme spécial à la maladie. Comme le fait pressentir la clinique, plusieurs espèces sont susceptibles de l'engendrer suivant les circonstances. Les germes en question appartiennent tous à des familles pathogènes très communes et rencontrées chez l'homme dans une foule d'autres états morbides. Ils sont représentés d'une part par les types les plus fréquemment constatés dans les suppurations banales, le streptocoque pyogène (microbe des suppurations diffuses, de l'érysipèle, de la septicémie puerpérale) et le staphylocoque doré (microbe du phlegmon circonscrit, du furoncle, de la périostite phlegmoneuse diffuse), et, d'autre part, par le pneumocoque de Talamon-Fraenkel (microbe de la pneumonie lobaire). De ces trois microorganismes, c'est le streptocoque qui, sans aucun doute, a été rencontré le plus souvent.

Affections récidivantes, se répétant sous l'influence de prédispositions organiques spéciales, les amygdalites aiguës représentent un mal extrêmement gênant et pénible, qu'il importe de prévenir en luttant contre le lymphatisme, en recherchant l'antisepsie buccale, que l'on obtiendra plus sûrement par la destruction des amygdales. On a tour à tour condamné et prôné l'amygdalotomie, méthode de choix chez l'enfant, mais dont la valeur est discutable chez l'adulte. Il est vrai que l'ignipuncture et la discision récemment préconisée sont également dirigées contre l'hypertrophie tonsillaire.

Comme la grande majorité des amygdalites régulières n'offre qu'une gravité extrêmement relative, le traitement qu'il convient de leur appliquer est le plus souvent très élémentaire et surtout hygiénique. Le naphtol camphré et le salol camphré employés au badigeonnage des régions malades, ont acquis en ces dernières années, une certaine notoriété dans le traitement des angines microbiennes.

Le résumé très écourté, malgré son apparente longueur, du livre de M. Sallard, a pour but d'engager le lecteur à se reporter, le cas échéant, à l'ouvrage lui-même.

Nouveaux éléments de pathologie et de clinique chirurgicales, par MM. F. Gross, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Nancy et J. Rohmer et A. Vautrin, professeurs agrégés à la même Faculté, t. III, J.-B. Baillière et fils éditeurs, Paris, 1893.

La Faculté de médecine de Nancy, personnifiée dans trois de ses savants chirurgiens vient de donner le troisième et dernier volume de ses « nouveaux éléments de pathologie et de clinique chirurgicales ». Elle a droit à toutes nos félicitations. Sans se laisser, comme bien d'autres, détourner de son but, par les entreprises de publication rapide d'ouvrages aux grandes envergures, ses tomes ont paru d'une façon assez régulière de 1890 à 1893. Nous n'avons plus qu'un vœu à formuler, c'est de pouvoir annoncer bientôt ici-même la pathologie chirurgicale générale que les auteurs, si nous nous en rapportons à la préface du premier volume, promettaient de faire paraître aussitôt après l'achèvement de ces « nouveaux éléments ».

Les maladies des organes génito-urinaires et des membres sont exposées dans le tome que nous avons sous les yeux. Même concision, même clarté d'exposition que dans les autres volumes. Les auteurs n'ont pas manqué de faire connaître en toute circonstance les derniers progrès de la science chirurgicale.

Un tel livre ne s'analyse pas, mais la faveur avec laquelle il a déjà été accueilli par le public médical et l'impatience avec laquelle l'achèvement de l'ouvrage était attendu, prouve sa va-

leur. Nous ne saurions trop en recommander la lecture à ceux qui veulent apprendre comme à ceux qui cherchent à se remémorer ce qu'ils ont déjà appris.

De l'extraction du tympan et d'une partie de la chaine des osselets dans l'otite moyenne sèche, par M. Miot. — Doin, éditeur, Paris, 1892.

Lorsque tous les traitements de l'otite sèche sont restés sans résultat, l'extraction du tympan et d'une partie de la chaine des osselets est la dernière ressource à employer. Après cette opération bien faite, on ne voit aucune complication survenir si ce n'est une inflammation avec sécrétion plus ou moins abondante très vite tarie habituellement, mais parfois susceptible de persister pendant des semaines.

Le résultat de cette intervention est en général très favorable. Les bourdonnements diminuent presque toujours et cessent dans beaucoup de cas; l'acuité auditive s'améliore d'une façon notable, quelquefois d'une manière remarquable. On la maintient en instillant dans l'oreille, tous les deux ou trois jours 4 ou 5 gouttes de vaseline liquide médicinale iodée. Très bien tolérée par la muqueuse de la caisse, la vaseline iodée a pour but de déterminer la résorption des parties néoplasiques en formation incessante dans l'otite moyenne sèche et d'en arrêter ou au moins d'en retarder la marche.

Cinq observations concluantes servent de base à l'excellent travail de M. Miot. Ch. Amat.

BULLETIN

Congrès français de chirurgie: coup d'œil général. — *Académie de médecine*: Identité des termes fausse vaccine, vaccine modifiée, vaccinoïde. — Statistique de 32 opérations de goitre. — *Société de chirurgie*: Pathogénie et traitement du tétanos. — *Société de biologie*: Névrite interstitielle, hypertrophique et progressive de l'enfance.

La semaine est aux congrès: septième session du Congrès de chirurgie; réunion annuelle, à la Sorbonne, des délégués des sociétés savantes; Congrès français d'obstétrique et de gynécologie, etc. Mardi dernier, le médecin désireux de suivre les différentes assises de la science qui se tenaient à la même heure a dû éprouver un grand embarras, attiré en divers sens, soit vers la Faculté de médecine, où siégeait le Congrès de chirurgie, soit vers l'Académie de médecine, soit vers la Sorbonne, soit enfin, vers l'Institut, où l'Académie des sciences, par suite du lundi de Pâques qui est un jour férié, tenait sa séance hebdomadaire. Il faut reconnaitre que c'est le Congrès de chirurgie qui paraît avoir eu le plus d'attrait, car c'est dans le grand amphithéâtre de la Faculté que l'affluence a été la plus grande. Suivons donc le mouvement et jetons un coup d'œil général sur ce Congrès.

L'organisation est excellente et rien n'a été négligé de ce qui peut attirer, intéresser les chirurgiens, ni de ce qui peut contribuer à rendre fécondes pour la science ces réunions annuelles.

Sous le premier rapport, outre l'accueil confraternel fait aux congressistes de la province et de l'étranger, on organise pour eux des visites dans les établissements scientifiques et dans les services hospitaliers, visites dans lesquelles ils peuvent se rendre compte des progrès accomplis à Paris, soit dans l'hygiène, soit dans la pratique chirurgicale, depuis la précédente réunion.

Au point de vue des résultats scientifiques et pratiques du Congrès, l'initiative la plus grande est laissée aux chirurgiens pour apporter le contingent de leurs recherches personnelles et la plupart des séances du matin sont réservées à cet ordre de communications. Deux grandes questions seulement ont été plus spécialement inscrites à l'ordre du jour et soumises aux délibérations du Congrès: les tumeurs fibreuses de l'utérus et le traitement chirurgical des affections tuberculeuses du pied. On peut dire que, sur ces deux questions, la discussion du Congrès donnera l'état actuel de la science.

Avec une telle organisation le succès du Congrès est facile à comprendre. Les chirurgiens des départements affluent et les pays étrangers tiennent à honneur de s'y faire représenter. C'est ainsi que sur l'estrade, le jour de l'inauguration, à côté des maîtres de la chirurgie française, parmi lesquels figuraient Kœberlé et J. Bœckel (de Strasbourg), ont pris place MM. Stevenson, délégué du gouvernement britannique, sir William Mac Cormac (de Londres), Reverdin (de Genève), Roux (de Lausanne), Thiriar, Warnots, Jacobs, Lavisé (de Bruxelles), Bloch (de Copenhague), Severeanu (de Bucharest), Djemil-Bey (de Constantinople), Zancarol (d'Alexandrie), etc.

L'un des buts principaux du Congrès, dans l'esprit de son promoteur, M. Demons et de ses fondateurs, était la décentralisation de la pratique chirurgicale; ce but est aujourd'hui atteint. C'est ce que constate avec plaisir M. Lannelongue, président du Congrès, dans son éloquent discours d'ouverture sur le brillant essor que, de nos jours, a pris la chirurgie:

« Avant ces dernières années, dit notre notre confrère, il se passait en France, et je crois un peu partout, un fait profondément attristant. Les chirurgiens manquaient à ce point que la chirurgie d'urgence, celle qui n'attend pas, n'était pas toujours faite et, en tout cas, était pratiquée souvent dans des conditions déplorables. Les bras, je devrais dire les mains, manquant, que de gens délaissés ou opérés trop tard! On n'était accepté comme chirurgien qu'à la condition de posséder une notoriété incontestée d'opérateur, reposant elle-même sur la connaissance exacte de l'anatomie, sur une technique spéciale, exigeant l'habileté manuelle ou, tout au moins, des exercices persévérants de médecine opératoire. Et ce n'était qu'après avoir conquis péniblement ce renom qu'on pouvait, sans perdre de sa considération, accepter la responsabilité de revers nombreux.

« Il faut bien le dire, d'ailleurs, les accidents opératoires étaient alors en proportion directe du nombre et de l'importance des opérations: de là une réserve allant jusqu'à la timidité. Ce sont des qualités inverses ou, si l'on veut, les défauts de ces qualités qui semblent consacrer les réputations d'aujourd'hui.

« C'est que la chirurgie n'est plus à la merci d'un conseil de famille; elle n'est même plus mineure. Elle vient d'entrer dans sa majorité. Une confiance renaissante a fait taire le doute, les craintes justifiées, et l'art, dégagé de toute pensée décevante, servi par tout ce qu'une jeunesse pleine de vie peut avoir de foi, a acquis une puissance d'expansion bien faite pour être l'objet de nos méditations.

« Pour qui sait observer, ces vérités de l'heure présente sont proclamées dans chacune de vos assemblées. On fait de grands efforts ailleurs pour décentraliser; le fait est accompli

chez nous et le Congrès de chirurgie en est la manifestation la plus éclatante. Partout, en France, la chirurgie est pratiquée en bonne forme et l'on pourrait redouter une pléthore d'opérateurs si, d'autre part, le domaine qui est notre champ de travail ne s'était pas considérablement agrandi. »

L'allusion discrète faite plus haut par M. Lannelongue aux hardiesses de quelques chirurgiens, l'a conduit à tracer comme il suit le programme ou les devoirs de la clinique chirurgicale :

« Si l'art opératoire, dit-il, est une portion notable de la chirurgie, ce n'est ni la plus noble, ni la plus élevée. Quelques-uns le possèdent par don de nature, et on doit les en féliciter, mais tous peuvent l'acquérir par le travail et la persévérance. Il n'en est plus de même des autres conditions de la science ; celles-ci comportent tout un ordre de qualités personnelles, jointes à un savoir complet de la pathologie.

« Avant l'heure suprême de l'opération, il y a la justification de la nécessité d'une intervention, problème souvent hérissé de difficultés et qui n'est encore qu'une partie de la question. Il faut que le chirurgien possède la connaissance précise du mal en son siège et en sa nature, c'est-à-dire qu'il en ait fait un diagnostic exact et complet, remontant, autant que possible jusqu'à la cause immédiate. Pour y parvenir, le savoir est nécessaire sans aucun doute, mais il sera souvent insuffisant et de fort peu de ressources, s'il n'est pas dirigé par un esprit droit, par une raison qui médite, pèse, discute, rejette et finalement réserve ce qu'elle doit retenir.

« Une observation sûre et ne se laissant pas égarer par les fausses pistes ; évitant les piéges qu'on lui tend ; scrutatrice minutieuse du passé, d'un passé lointain, puisqu'il remonte aux premières années de la vie chez un vieillard ; exacte et sévère à l'égard du présent ; suivant, quand il convient, minute par minute, une investigation utile ; pleine de souplesse, de douceur et de mansuétude pour un enfant, une femme, un être inquiet, d'une condition parfois inférieure, ne comprenant pas, analysant mal ses sensations et les traduisant plus mal encore, se trompant lui-même et trompant les autres ; avisée à l'égard des habiles on des astucieux ; sachant suivre une voie détournée pour arriver à ses fins ; défiante à l'égard des autres ; sincère envers elle-même ; prenant son temps et multipliant ses procédés d'examen ; discrète et toujours lente, n'ayant qu'un mobile, la recherche de la vérité : telle est la première étape à laquelle en succède une autre, celle de la marche et de l'issue du mal, autrement dit du pronostic. L'observation s'arrête ici et le rôle de la prescience commence ; il faut pour conclure, avoir le sentiment de l'heure des atténuations ou des aggravations, mettre en balance la résistance organique et l'influence destructive, infectieuse ou non, exercée par la maladie. Equation difficile, pleine d'inconnues, qu'on ne parvient à dégager qu'avec des qualités supérieures de finesse, associées à un jugement sûr. »

On ne saurait dire mieux ni plus juste. Avant d'être opérateur, le chirurgien doit être médecin et, à ce titre, peser mûrement les indications et les contre-indications de l'intervention chirurgicale. Perfectionnert les méthodes et les procédés opératoires de manière à diminuer de plus en plus la gravité des opérations, c'est très bien ; mais, concurremment, préciser nettement les contre-indications et perfectionner les méthodes de traitement propres à diminuer le nombre ou la fréquence de ces mêmes opérations, ce n'est pas moins bien, il est même permis de dire que c'est mieux. C'est en marchant dans cette voie que la chirurgie se mettra à l'abri des reproches qui lui ont été adressés dans ces derniers temps et acquerra de plus en plus des droits à la reconnaissance des malades.

Dans le prochain numéro nous présenterons une revue rapide et synthétique des travaux du Congrès en les classant et les groupant d'après les sujets traités.

— L'Académie de médecine, un peu délaissée pour le Congrès de chirurgie, a entendu une courte mais fort intéressante discussion provoquée par M. Hervieux sur ce qu'on appelle improprement la *fausse vaccine*.

En effet, la prétendue fausse vaccine n'est qu'une vaccine vraie, mais modifiée, atténuée par le terrain dont la réceptivité peut offrir des degrés variables. Ce qui le prouve c'est que, transplantée sur un terrain jouissant de toute sa réceptivité, elle donne lieu à une éruption vaccinale typique.

M. Dumontpallier a rapporté que cette manière de voir est conforme à celle que Trousseau a exposée dans le premier volume de sa clinique médicale et qui repose sur des faits de même nature observés par son ancien maître et par lui. Ils avaient, dès cette époque, c'est-à-dire en 1860, proposé le nom de *vaccinoïde* pour désigner ces formes atténuées de la vaccine.

La vaccinoïde s'observe surtout chez les adultes, chez qui l'organisme, c'est-à-dire le terrain, a été modifié par une vaccination antérieure ou une atteinte de variole ou de varioloïde plus ou moins discrète. L'enfant, plus souvent à l'abri de ces modifications de terrain, offre en général une réceptivité absolue à la vaccine et présente une vaccine vraie. S'il a subi, dans le sein de sa mère, une contamination qui lui confère l'immunité vaccinale, il en jouit aussi d'une manière absolue et la vaccination ne donne rien jusqu'à ce que, avec le temps, cette immunité baisse et disparaisse. Ainsi peut se comprendre la rareté de la vaccinoïde chez l'enfant nouveau-né, rareté qui a frappé M. Guéniot et sur laquelle il a demandé avec insistance des explications.

— Mentionnons une statistique de 32 opérations de goitre pratiquées par M. J. Bœckel et se décomposant en 16 extirpations partielles, 2 totales et 14 énucléations. Parmi les opérés, tous arrivés à l'âge moyen de la vie, on compte 27 femmes et 5 hommes. Les affections pour lesquelles l'intervention a eu lieu sont : le goitre parenchymateux (23 cas), le goitre kystique (6, dont 4 colloïdes et 2 suppurés), le goitre muqueux colloïde (1 cas), le papillome kystique et le sarcome du corps thyroïde (de chacun 1 cas). Depuis 1890, M. Bœckel n'a plus fait que des énucléations ; c'est là, pour lui, une opération de choix, à laquelle on doit recourir toutes les fois qu'elle est possible, ce qui est le cas le plus fréquent.

— La question de la pathogénie et du traitement du tétanos revient toujours de temps en temps devant la Société de chirurgie. M. Verneuil continue de recueillir les observations à l'appui de sa doctrine sur l'origine équine, tellurique ou équino-tellurique du tétanos, M. Schwartz a communiqué à son tour 4 cas de tétanos, dont 3 chez des charretiers et 1 chez un enfant de 12 ans, renversé par un wagonnet dans les chantiers du chemin de fer de Sceaux. Au point de vue pathogénique, ces cas concordent assez bien avec l'origine tellurique de la maladie.

Le premier malade a succombé en trois jours, malgré l'emploi du chloral et de la morphine à doses élevées.

Le second, traité simultanément par le chloral et la morphine à hautes doses et par des injections hypodermiques d'eau phéniquée à 1/50 dans le membre blessé, a vu disparaître en trois ou quatre semaines, après une légère récidive, les symptômes tétaniques.

Le troisième malade, l'enfant, soumis simultanément au traitement par le chloral et la morphine et, trois jours après l'apparition des premiers symptômes, aux injections de sérum de sang de cheval rendu réfractaire au tétanos, a guéri aussi progressivement en trois semaines.

Le dernier malade, malgré l'emploi, dès le début des accidents, des injections de sérum antitoxique, a succombé en deux jours.

Ces injections, d'une innocuité parfaite, devraient plutôt, selon M. Schwartz, être employées d'une manière préventive, chaque fois qu'on se trouve en présence d'une plaie suspecte. Il a mis ce conseil en pratique chez un jeune homme qui, travaillant dans le même chantier que le troisième malade, s'était fait à la main une plaie contuse, souillée par une terre dont les propriétés tétanigènes avaient reçu leur démonstration : il n'est survenu aucun accident. Qu'il y ait eu dans ce cas action préventive ou non du sérum antitoxique, la pratique de M. Schwartz se justifie d'elle-même et se recommande à l'attention des chirurgiens.

— Sous le titre de *névrite interstitielle hypertrophique et progressive de l'enfance*, MM. Dejerine et Sottas ont communiqué à la Société de biologie un mémoire extrêmement intéressant que nous recommandons à l'attention de nos lecteurs. Ce mémoire repose sur deux faits observés par les auteurs dont un avec autopsie, et conclut à l'existence d'une forme d'atrophie progressive de l'enfance, ayant de grandes analogies avec celle que différents auteurs, entre autres MM. Charcot et Marie ont décrite et qui est connue en France sous le nom de *type Charcot-Marie*, mais se distinguant de celle-ci par des troubles de la sensibilité et de la motilité (douleurs fulgurantes, incoordination motrice). Pour MM. Dejerine et Sottas, les deux cas soumis à leur observation « constituent une affection nouvelle relevant d'une lésion particulière des nerfs périphériques, névrite interstitielle hypertrophique ascendante et se prolongeant dans les cordons postérieurs. Cette affection se présente en clinique avec les caractères suivants : début, dans le bas âge ou la seconde enfance, par de l'atrophie musculaire des extrémités avec altération de la sensibilité et douleurs fulgurantes, cypho-scoliose, hypertrophie et dureté des troncs nerveux, absence de troubles trophiques cutanés. Puis apparition de symptômes d'incoordination motrice avec signe de Romberg, myosis avec réaction lumineuse lente ou abolie. Signe d'Argyll-Robertson et nystagmus dynamique.

« Le tableau clinique présenté par les malades est alors celui d'un atrophique doublé d'une ataxique. Cette affection est, en général, familiale et doit être considérée comme une maladie d'évolution relevant d'une anomalie de développement du système nerveux périphérique, opinion qui vient encore caractériser l'état de dégénérescence mentale présentée par nos malades. »

Dr F. de Ranse.

VARIÉTÉS

La manie opératoire.

Nous avons reproduit, dans les numéros des 21 et 28 janvier dernier, l'enquête poursuivie par le *New-York Hérald*, parmi les chirurgiens américains, concernant la manie opératoire et plus particulièrement les abus de la gynécologie chirurgicale. Le même journal a continué ses interviews parmi les chirurgiens français, et le Congrès de chirurgie qui se tient cette semaine à la Faculté de médecine, donne un intérêt tout particulier d'actualité au résultat de cette enquête. Des circonstances indépendantes de notre volonté ne nous ayant pas permis de l'emprunter directement au journal américain, au moment où elle a paru, nous résumerons, d'après le *Progrès médical*, qui l'a reproduite, les différentes opinions émises par les membres les plus éminents du corps chirurgical français.

Ces opinions peuvent se diviser en trois groupes ou catégories suivant la manière dont elles répondent aux questions du *New-York Herald*. Dans le premier groupe, on admet sans conteste et l'on blâme énergiquement la manie opératoire de notre génération chirurgicale actuelle. Dans le second on exonère en grande partie de ce reproche la chirurgie française. Si, à un moment donné, elle a pu le mériter, elle est revenue d'elle-même, depuis plusieurs années, de la première phase d'engouement. Enfin, dans la troisième catégorie figurent les chirurgiens qui se refusent à reconnaître des excès chirurgicaux et regardent ainsi comme mal fondée la campagne dont le *New-York Herald* s'est fait l'écho ou l'interprète.

M. Verneuil marche naturellement en tête du premier groupe. « Pendant plusieurs années, dit-il, j'ai protesté incessamment et de toute mon énergie contre le *prurigo secandi* ou espèce de délire opératoire dont tant de praticiens de nos jours sont affectés », et le savant professeur rappelle son discours de Grenoble, devant l'Association française pour l'avancement des sciences, discours qui a soulevé contre lui les clameurs et les malédictions des apôtres du scalpel. Suivant lui, la moitié au moins des opérations gynécologiques actuelles ne sont ni urgentes, ni nécessaires, ni profitables, même quand elles ne sont pas suivies d'un état pire, ni par des échecs complets, qui sont étouffés ou auxquels les patients se résignent beaucoup trop philosophiquement.

M. Le Fort, qui marche d'accord avec M. Verneuil et condamne non moins que lui le *furia operativa*, en recherche et indique les principales causes qu'il s'attache à combattre et à flétrir ; tel, par exemple, le procédé de *dichotomie* par lequel, conformément à une entente préalable, médecin et chirurgien se partagent les honoraires.

MM. Duplay et Tillaux viennent à la rescousse de leurs collègues. « La chirurgie clinique, la gloire de notre pays, dit le premier, dans laquelle je crois pouvoir dire que nous avons occupé le premier rang, se perd rapidement. Nos jeunes chirurgiens deviennent de simples artisans qui font leur diagnostic pendant les opérations, ce qui revient à faire des autopsies sur les corps vivants. L'étude patiente du malade, des conditions locales et générales, l'étiologie, les antécédents, la discussion des indications et des contre-indications, la chance

de succès ou d'échec et le pronostic ultime sont de plus en plus négligés. »

Dans le même ordre d'idées, M. Tillaux écrit : « Nous devenons de plus en plus de simples opérateurs, tandis que, je fait, les opérations ne sont que la partie thérapeutique de la chirurgie. On ne pense qu'à opérer ; le diagnostic et le pronostic sont laissés de côté. Si cela continue, il arrivera un moment où les médecins diagnostiqueront une maladie et nous feront dire de venir tel jour avec nos instruments pour faire l'opération.

« ..... Il est si facile de dire, en cas de souffrance dans l'abdomen, qu'il est inutile de prendre le temps et la peine de faire un diagnostic : « ouvrons la cavité et regardons. » Même les meilleurs chirurgiens, mes collègues dans les hôpitaux, me semblent opérer trop facilement », et M. Tillaux en cite un exemple frappant.

L'analyse que nous avons donnée plus haut du discours de M. Lannelongue, montre que le savant président du Congrès de chirurgie n'est pas loin de partager l'opinion des chirurgiens qui précèdent.

Cette opinion s'atténue avec les chirurgiens qui forment le second groupe. « En France, dit M. Paul Reclus, la manie d'opérer n'a jamais été aussi loin qu'en Amérique», et il cite comme exemple l'opération de Battey, qui a trouvé peu de crédit parmi les chirurgiens français.

« Et cependant, ajoute M. Reclus, même nous autres Français, nous faisons trop d'opération. J'ai assisté, comme aide, à des opérations que, si j'avais été le chirurgien en charge, je n'aurais jamais pratiquées avant d'avoir essayé un traitement médical pendant quelques mois. Et, ce qui est encore plus important, j'ai traité 3 cas pour lesquels j'étais convaincu qu'une opération pourrait seule soulager le patient et que le délai consacré au traitement médical n'était qu'une pure perte de temps; mais les malades avaient insisté pour l'essayer d'abord et elles en furent récompensées par la guérison complète, grâce à des moyens simples. Autre fait de la plus grande importance : beaucoup d'entre nous commencent à trouver que des malades que nous avions renvoyés comme guéris, nous reviennent après des mois et des années, n'ayant recueilli aucun bénéfice permanent de l'opération. »

M. Paul Berger s'il y a eu des excès opératoires, en exonère le corps chirurgical des hôpitaux de Paris et déclare, par contre, n'être pas en position de juger ce qui se passe en dehors de ce corps.

M. Paul Segond, qui fait partie du troisième groupe, distingue, comme M. Berger, les chirurgiens vraiment instruits, expérimentés et consciencieux, des personnalités sans instruction et sans scrupules, qui peuvent compromettre l'opération la plus légitime. Avec les premiers on ne saurait parler d'excès ou d'abus opératoires et, en limitant ainsi la question, la campagne menée par le *New York Herald* ne saurait être fondée. D'autre part, aux excès de la chirurgie on pourrait opposer les excès de la médecine conduisant à cette thérapeutique d'expectation au bout de laquelle il n'est souvent plus possible de rien faire de bon.

M. Péan invoque un argument à peu près semblable. Il ne veut pas savoir si, en dehors de sa propre pratique, on opère trop. En ce qui le concerne, il intervient quand les médecins, reconnaissant les moyens dont ils disposent comme impuissants, viennent lui dire : « C'est à votre tour maintenant. » Souvent il est trop tard et des femmes qui ont souffert pendant des mois et des années auraient pu guérir en quelques jours par une opération. Les médecins qui accusent d'excès les chirurgiens ont donc aussi leur part de responsabilité.

M. Pinard, interviewé comme accoucheur, répond : « Non, il n'y a pas en d'excès dans les opérations en France, au contraire. »

De cette longue consultation, quelle conclusion générale tirer ? C'est que, quoi qu'en disent quelques-uns, il y a en réellement des excès contre lesquels une réaction salutaire se produit. L'anesthésie et l'antisepsie, dont on ne saurait trop apprécier les bienfaits, devaient fatalement amener quelques abus. Il suffit que l'opinion publique les signale et les condamne pour que bientôt, sans doute, ils disparaissent. La chirurgie n'a qu'à gagner à rester, dans les plus larges limites possibles, conservatrice.

HYDROLOGIE MÉDICALE

TRAITEMENT HYDROLOGIQUE DE L'ANÉMIE

Par le Dr Ph. BERNARD.

Les études d'hématologie clinique ont réalisé de grands progrès, depuis que les méthodes chimique, spectroscopique et colorimétrique nous ont appris à apprécier le degré variable de la richesse globulaire, par le dosage de l'hémoglobine et de l'hématine. La numération des hématies, des leucocytes et des hématoblastes, sous le champ du microscope, fournit aussi, à la pratique médicale, de précieux éléments de pronostic et de diagnostic. On sait, aujourd'hui, que la chlorose et la plupart des anémies dites *primitives* sont dues au défaut de transformation des hématoblastes en globules rouges adultes. Tous les efforts de l'hygiène et de la thérapeutique doivent avoir pour but de pousser à cette métamorphose, d'où résultent, pour notre fluide nourricier, la vie et la santé. La guérison de l'anémique résultera de l'équilibre rétabli entre l'évolution nutritive et la réparation organique...

On connaît les principaux inconvénients attachés aux préparations ferrugineuses de la pharmacopée contemporaine. Ils se résument en symptômes irritatifs sur le tube digestif; éructations, gastralgies, constipation opiniâtre, parfois diarrhée; état saburral, inappétence, météorisme, engorgements hémorroïdaires, etc. Mais l'inconvénient le plus réel, c'est de produire tous ces méfaits, sans qu'il en résulte, pour le sang appauvri, d'action bien nettement favorable : et cela, à cause de l'absence d'assimilation de la plupart des ferrugineux. Il y a plus de deux cents ans que l'illustre Sydenham, guidé par la prescience du génie, indiquait aux praticiens l'usage des eaux minérales ferrugineuses, dans lesquelles de petites doses de fer, solubilisé et corrigé, en quelque sorte, par la chimie de la nature (si supérieure à celle des laboratoires) triomphent, en quelques semaines, de l'anémie la plus caractérisée.

« C'est là un fait reconnu par tous les médecins, dit notre savant confrère, le Dr Bardet. Le meilleur mode d'administrer le fer est toujours l'eau minérale : malheureusement, ce traitement est très coûteux, et par suite à la portée seulement des gens aisés. » Eh bien ! en cherchant, j'ai trouvé, cher confrère, une eau qui n'offre point ce désavantage très

appréciable pour notre clientèle moyenne. *Saint-Alban* (Loire) renferme, par litre 2 à 3 centigrammes de bicarbonate de fer, qui, joints à 1 gramme environ de bicarbonates de chaux, soude, potasse et magnésie, et surtout à 2 grammes de gaz acide carbonique (qui lui sert de passe-port et de sauf conduit pour l'estomac) constituent pour moi, le meilleur remède de l'appauvrissement du sang. Et Saint-Alban coûte 60 à 70 p. 100 meilleur marché que les sources similaires! Quel avantage pour les habitants des villes, *tous anémiques* : ils peuvent, à la fois, faire de l'hygiène et de la thérapeutique, en buvant de l'eau de Saint-Alban. Car, ils remontent leur faillite globulaire et évitent, en même temps, ces eaux polluées qui nous transfusent la fièvre typhoïde et les autres maladies zymotiques!...

Saint-Alban est, pour nous, l'eau hygiénique par excellence des populations des centres urbains, ou plutôt *c'est le type le plus perfectionné de l'eau de table médicinale à bon marché.*

Saint-Alban est une source *martiale* vraiment active : 1° parce que son bicarbonate ferreux n'est point comme noyé au milieu d'une minéralisation alcaline intensive; 2° parce que la solubilité de ce principe se trouve pleinement assurée, à la faveur d'une énorme quantité d'acide carbonique libre ou combiné. Au surplus, les eaux martiales fortes ne sont jamais digérées, l'on ne saurait, sans risquer l'irritation gastro intestinale, en conseiller l'usage alimentaire continuel. Un chlorotique, en somme, pour être guéri, n'a besoin que de fixer dans ses globules quelques centigrammes de fer. Si les ferrugineux guérissaient par leur seule ingestion, la pléthore globulaire gouvernerait le monde. En est-il ainsi? Non. — C'est que le médicament n'est rien, *l'assimilation est tout.*

C'est là que gît, précisément, la supériorité de Saint-Alban, qui réunit, en elle, les éléments primordiaux des deux médications *eupeptique* et *martiale* : elles se touchent et se complètent combien souvent, dans la pratique journalière! Recommandons donc aux praticiens (et surtout aux malades) ce type d'eau acidule, amie du tube digestif et de la nutrition : *Saint-Alban n'a aucun des inconvénients du fer pharmaceutique et ne coûte pas plus cher* : en revanche, quelle étrange affinité de cette composition hydro-minérale naturelle pour les hématoblastes du système sanguin!

Après quelques semaines de ce traitement, si facile et si agréable, la peau et les muqueuses se recolorent; l'œil reprend l'éclat de la santé; l'oppression et les palpitations cessent; les souffles systoliques ne sont plus perçus, non plus que le frémissement jugulaire. L'appétit pour les viandes reparaît et la digestion s'effectue sans souffrance, ainsi que la défécation, qui devient regulière. Plus de gastralgie ni de nausées, caractéristiques de la chlorose dyspeptique (*hypopepsie* Hayem), complication qu'avaient créée ou aggravée les médicaments. Les vertiges, éblouissements et syncopes ont disparu, avec les névralgies et la dyspnée. S'il s'agit d'une femme, la menstruation reparaît normale, et c'est, comme on l'a dit, « la boussole de santé ». Un grand nombre de praticiens (parmi lesquels je citerai Cornil, Durand-Fardel, Monin et bien d'autres), conseillent, pour ces raisons, l'usage de Saint-Alban, comme eau de table, contre les chloro-anémies, qui posent tant de candidatures aux maladies constitutionnelles les plus graves. C'est là de la prophylaxie au premier chef.

Il va sans dire que, si l'on peut *faire une cure sur place*, cela vaut encore mieux. On a affaire alors à une station charmante et « bonne-enfant », dans un climat exceptionnellement salubre. On profite d'une installation hydrothérapique de premier ordre, et d'une thérapeutique spéciale par les bains et douches d'acide carbonique, dont l'Allemagne, toujours rapace, a cru, depuis longtemps, devoir s'emparer, pour la plus grande prospérité de ses établissements thermaux.

NOTES ET INFORMATIONS

Onzième Congrès international de médecine. — *Exposition internationale de médecine et d'hygiène.* — (Rome 1893.) — A l'occasion du XIe Congrès international de Médecine et d'Hygiène, qui se tiendra à Rome au mois de septembre prochain il y aura une *Exposition internationale de Médecine et d'Hygiène*, avec des classes spéciales pour la Croix-Rouge, la Balnéologie et l'Hydrologie.

La ville de Rome a destiné à cet effet le palais des Beaux-Arts, situé rue Nationale, à peu de distance du siège du Congrès médical.

L'exposition sera ouverte du 15 septembre au 15 octobre et pourra être prorogée.

Elle comprendra les classes ci-dessous :

I. Appareils, matériaux et plans d'édifices pour recherches scientifiques et techniques de biologie, de thérapie et d'hygiène.

II. Appareils, instruments et matériaux de subside thérapeutique dans les diverses branches de la médecine.

III. Service et matériel d'assistance publique et de sauvetage.

IV. Plans, modèles et matériel intéressant la bonification du sol et l'assainissement des villes.

V. Plans, appareils et matériel pour le service hygiénique des villes.

VI. Plans, modèles et matériaux de constructions hygiéniques.

VII. Appareils et matériel pour le services hygiénique dans l'intérieur des habitations et des édifices publics et collectifs.

VIII. Matériel, appareils et objets divers pour l'hygiène individuelle.

IX. Plans, modèles, appareils et institutions pour l'hygiène de l'ouvrier.

X. Livres, photographies, atlas, lithographies, imprimés, etc., de publication récente, ayant trait aux sciences médicales, à la biologie, à l'hygiène.

Classe spéciale d'hydrologie et balnéothérapie.

Classe spéciale de la *Croix-Rouge Italienne.*

Des diplômes et des médailles seront décernés aux meilleurs exposants par le Ministère de l'Intérieur et par le Comité de l'Exposition.

Les demandes pour programmes et pour informations concernant l'Exposition devront être adressées au président, professeur L. Pagliani, Ministère de l'Intérieur, Rome.

NOUVELLES

Nécrologie. — M. le Dr V. Feltz, professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Nancy, vient de succomber dans sa cinquante-huitième année. Ancien agrégé de Strasbourg, membre correspondant de l'Académie de médecine et chevalier de la Légion d'honneur, M. Feltz était connu par ses travaux faits en collaboration avec Ritter.

Assistance publique. — Un concours pour la nomination à trois places de médecine du Bureau central, s'ouvrira le lundi 15 mai 1893, à midi, à l'Administration centrale, avenue Victoria, n° 3.

Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux. — *Etat nominatif des étudiants reçus docteurs en médecine pendant les mois de février et mars (année scolaire 1892-93).* — Défant: Destruction des fongosités articulaires par les injections interstitielles d'éther iodoformé et cocaïne associées à l'ignipuncture. — Greciet: Contribution à l'étude de la sécrétion sébacée. — Julien: Etude sur l'hygiène de la ville d'Alger. — Penel: Le lavage de l'estomac dans l'occlusion intestinale. — Baleste-Marichon: Contribution à l'étude des causes de la cécité. — Gaudemard: Contribution à l'étude du traitement des tuberculoses chirurgicales par le naphtol camphré. — Tornu: Des opérations qui se pratiquent par la voie sacrée. — Durant: Etude sur les fibromes, lipomes et fibro-lipomes de la main et des doigts. — Adda: Contribution à l'étude des paralysies localisées chez les urémiques.

Association générale de Prévoyance et de Secours mutuels des médecins de France. — L'Assemblée générale annuelle de l'Association générale de Prévoyance et de Secours mutuels des Médecins de France aura lieu les 9 et 10 avril prochains, dans le Grand Amphithéâtre de l'Assistance publique, avenue Victoria.

Ordre du jour de la séance du dimanche 9 avril 1893.

La séance est ouverte à 2 heures.

1° Allocution du président.

2° Exposé de la situation financière de l'Association générale, par M. Brun, Trésorier.

3° Rapport sur cet Exposé et sur la gestion financière du Trésorier, par M. Boutin, membre du Conseil général.

4° Compte rendu général sur la situation et les actes de l'Association générale, pendant l'année 1892, par M. Lereboullet.

5° Election d'un Secrétaire général, en remplacement de M. Riant, démissionnaire.

(Le Conseil propose M. Lereboullet.)

6° Présentation de candidats pour le Conseil général de l'Association et renouvellement partiel du Conseil général.

Membres du Conseil à renouveler: MM. Marquez, Jaccoud, Bucquoy, Laennec, Motet et Laguesse, arrivés au terme de leur exercice. (Les membres du Bureau et du Conseil sont rééligibles.)

7° Election de la Commission chargée d'examiner et de classer les demandes de pensions viagères en 1894.

8° Première partie du rapport de M. Worms, sur les pensions viagères à accorder en 1893.

A 7 heures précises le banquet (hôtel Continental.)

Ordre du jour de la séance du lundi 10 avril 1893.

La séance sera ouverte à 2 heures.

1° Vote du procès-verbal de la dernière Assemblée générale.

2° Approbation des comptes du Trésorier par l'Assemblée générale.

3° Deuxième partie du rapport de M. Worms sur les pensions viagères: — Discussion et vote des propositions.

4° Rapport de M. Bucquoy, au nom du Conseil général, sur l'enquête relative à l'*Indemnité-Maladie* et à l'augmentation de la cotisation.

5° Rapport de M. Vidal, au nom de la Commission chargée de l'étude des propositions et vœux soumis, par les Sociétés locales, à la prise en considération de l'Assemblée générale, pour être l'objet de Rapports en 1894, et sur les vœux pris en considération par la dernière Assemblée générale.

Caisse des pensions de retraite du corps médical français. — Les diverses réunions concernant la Caisse des pensions auront lieu, cette année, au siège social, 22, place Saint-Georges, les jours et heures suivants:

1° Réunion du Comité directeur, le samedi 8 avril 1893, chez M. le Dr Dujardin-Beaumetz, à 8 h. 1/2 du soir;

2° Réunion du Conseil des censeurs, le dimanche 9 avril 1893, au siège social, à 4 h. 1/2;

3° Assemblée générale des participants, le dimanche 9 avril 1893, au siège social, à 5 h. 1/2.

Ordre du jour de l'Assemblée générale du 9 avril 1893.

1° Lecture du procès-verbal de l'Assemblée générale de 1892;

2° Lecture du compte rendu annuel, par le Secrétaire général;

3° Lecture du compte rendu financier de la Société, par M. le trésorier;

4° Communications diverses. — Etudes des Statuts. — Questions relatives aux modifications à apporter par suite de l'abaissement général du taux d'intérêt.

Hôpital du Midi. — Le Dr Balzer commencera ses conférences théoriques et pratiques, le lundi 10 avril à 9 h. 1/2, et les continuera les lundis suivants à la même heure.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Alcan, éditeur, 108, boulevard Saint-Germain, Paris.

Manuel de pharmacie pratique, par L. Dufour, pharmacien de 1re classe, ancien interne des hôpitaux de Paris. (1 fort vol. in-18, 5 francs.)

Société d'éditions scientifiques, 4, rue Antoine-Dubois, Paris.

L'hygiène des fiancés, par le Dr Jacques Nattus. — Un vol. in-18 raisin de la *Petite Encyclopédie médicale*, cartonné à l'anglaise, fer spécial. — Prix, *franco*, contre mandat: 3 francs.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU 26 MARS AU 1er AVRIL 1893

Fièvre typhoïde, 24. — Variole, 1. — Rougeole, 15. — Scarlatine, 3. — Coqueluche, 22. — Diphtérie, croup, 34. — Grippe, 8. — Affections cholériformes, 0. — Phtisie pulmonaire, 214. — Méningite tuberculeuse, 34. — Autres tuberculoses, 14. — Tumeurs cancéreuses et autres, 53 — Méningite, 33 — Congestion et hémorrhagie cérébrale, 61 — Paralysie, 10. — Ramollissement cérébral, 9. — Maladies organiques du cœur, 80. — Bronchite aiguë et chronique, 99. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 136 — Autres affections de l'appareil respiratoire, 62. — Gastro-entérite des enfants: sein, biberon et autres, 49. — Fièvre et péritonite puerpérales. 5. — Autres affections puerpérales 4. — Débilité congénitale, 38. — Sénilité, 49. — Suicides, 14. — Autres morts violentes, 17. — Autres causes de mort, 147. — Causes inconnues, 7. — Total: 1269.

Le Rédacteur en chef et gérant: F. de Ranse.

Paris. — Typ. A. Davy, 52, rue Madame. — Téléphone.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Rédacteur en chef : M. le Dr F. DE RANSE

Comité de Rédaction : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN
J. ARNOULD (de Lille), P. FABRE (de Commentry), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon)

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, avenue Montaigne (Rond-Point des Champs-Élysées)

CLINIQUE CHIRURGICALE

STATISTIQUE ET OBSERVATIONS DE CHIRURGIE HOSPITALIÈRE,

Par le Dr Polaillon,
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu, professeur agrégé à la Faculté,
Membre de l'Académie de médecine.

(Suite) (1).

Obs. 13. — *Luxation ancienne complète en bas des gros orteils droit et gauche.* — La troisième observation caractérise très exactement la déformation dans la luxation du gros orteil en bas.

Il s'agit d'un nommé H......, Pierre-Marie, âgé de 26 ans, qui entra dans mon service le 4 mai 1881. Cet homme portait, depuis une époque qu'il ne pouvait déterminer, probablement depuis la première enfance, une déformation symétrique des articulations métatarso-phalangiennes des gros orteils. La tête des métatarsiens faisait saillie en haut, l'extrémité postérieure de la première phalange était placé au-dessous de cette tête. L'axe des gros orteils était incliné en dedans. Comme le patient marchait convenablement je me gardai de lui proposer aucune intervention. Je me contentai de faire dessiner son pied.

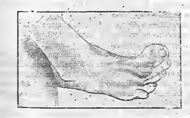


Figure I. — Luxation complète en bas du gros orteil.

2° *Luxations des métatarsiens.*

2 luxations { 1 homme, 1 guéri. / 1 femme, 1 guérie. } 0 mort

Les luxations des métatarsiens ont été encore plus rares que celle des phalanges. Les 2 cas, que j'ai observés se sont compliqués, tous les deux, d'une fracture de la jambe, à la suite d'un traumatisme grave. Je regrette que les détails me manquent sur ces deux faits (obs. 14 et 15.)

Obs 14. — B... (Edouard), charretier, âgé de 41 ans, entre à la Pitié le 14 novembre 1881. Il présente une luxation du cinquième métatarsien gauche, avec une fracture, compliquée de plaie pénétrante à la jambe droite. La réduction de la luxation est facile. Application d'une semelle plâtrée. Le fracture de la jambe est pansée et immobilisée. Guérison en soixante et onze jours.

Obs. 15. — T... (Suzanne), âgée de 23 ans, est apportée à la Pitié, le 15 avril 1885, à la suite d'une chute d'un 1er étage. Il existe une luxation incomplète en haut des troisième et quatrième métatarsiens droits, et une fracture de l'extrémité inférieure des deux os de la jambe du même côte. Réduction des luxations et de la fracture. Immobilisation dans une attelle plâtrée. La malade a présenté des douleurs rhumatoïdes consécutives. Elle quitté l'hôpital, guérie, au bout de quatre-vingt-dix jours.

3° *Luxation des os du tarse.*

1 luxation. — 1 homme, 1 guérison.

Obs. 16. — *Luxation du scaphoïde en bas.* — C... (Victor), âgé de 62 ans, charretier, a eu, le 23 juin 1881, le pied pris entre une roue de voiture et le sol. Il spécifie bien que la roue n'a pas passé sur son pied. Elle a seulement exercé une forte pression sur le pied, qui était renversé en dehors.

Je constate que l'apophyse du scaphoïde forme à la partie interne et inferieure du pied une saillie mobile, très appréciable, et que la tête de l'astragale se dessine en haut sous les téguments.

Le pied a dû subir, pendent le traumatisme, un mouvement de torsion de dehors en dedans autour de l'articulation calcanéo-cuboïdienne comme centre, de manière à produire un déplacement de l'avant-pied sur l'arrière-pied.

La luxation du scaphoïde en bas transforme la voute plantaire en un véritable pied plat. En faisant basculer l'avant-pied sur l'arrière-pied, on rétablit la forme normale du pied et on détermine une crépitation articulaire caractéristique.

Il y a en même temps une fracture du calcanéum et une entorse de l'articulation calcanéo-cuboïdienne révélées par la mobilité anormale et la douleur.

La réduction est très facile. Application d'un appareil plâtré. Dans les premiers jours, une eschare se forme à la partie interne du talon. C'est la conséquence de la violence du traumatisme. L'élimination de cette eschare et la cicatrisation de

(1) Voir la *Gazette médicale*, n° 13, et 14 1893.

la plaie consécutive ont considérablement retardé la guérison. C'est seulement le 4 octobre, trois mois et dix jours après la blessure, que le malade peut aller en convalescence à Vincennes.

4° *Luxations tibio-tarsiennes.*

47 luxations { 27 hommes, 27 guérisons, 0 mort. / 20 femmes, 18 guérisons, 2 morts.

Ces 47 luxations se divisent en 6 luxations du pied sans fracture du péroné et 41 luxations avec fracture du péroné.

Les *luxations sans fracture du péroné* ont été plus fréquentes chez les femmes que chez les hommes (4 femmes et 2 hommes) et plus fréquentes au pied droit qu'au pied gauche (4 fois au pied droit, 1 fois au pied gauche, 1 fois le côté n'a pas été mentionné):

2 luxations étaient complètes et appartenaient à la variété en dedans, la plante du pied étant tourné en dedans.

1 luxation était complète en dehors, la plante du pied étant tournée en dehors.

3 luxations étaient incomplètes en arrière, le pied étant subluxé en arrière du tibia.

Aucune de ces luxations n'a présenté de complication. La tension de la peau a pu faire craindre, dans certains cas, sa déchirure ou son sphacèle. Mais ces craintes ne se sont pas réalisées.

Les luxations en dedans se sont réduites facilement, sans chloroforme, par une manœuvre de traction et de renversement du pied en dehors.

La luxation en dehors a été assez difficile à réduire et a nécessité la chloroformisation.

Les luxations en arrière ont toutes nécessité l'anesthésie chloroformique et des manœuvres assez longues de traction, de flexion et de coaptation. L'une de ces luxations datait d'un mois obs. 17. J'en donne l'observation ci-après.

Après la réduction, le pied a été immobilisé, dans tous les cas, avec un appareil plâtré.

La durée du traitement a été de vingt-cinq jours en moyenne.

Obs. 17.—*Luxation du pied en arrière datant de cinq semaines. chloroformication; section du tendon d'Achille; réduction presque complète; guérison; marche facile.* — F... (Marie), mécanicienne, âgée de 29 ans, est entrée dans mon service, le 23 février 1882, pour une luxation du pied droit. Elle est d'une taille et d'un embonpoint peu ordinaires.

Il y a cinq semaines, en descendant une échelle, son pied gauche glissa, et elle fut entraînée à la renverse pendant que son pied droit se trouvait pris entre deux échelons. Elle resta un instant suspendue par ce pied, la tête en bas; puis elle tomba à terre.

Elle ne perdit pas connaissance et se releva seule, mais elle ne put marcher. Elle remarqua que la pointe de son pied était dirigée en bas. On la transporta chez elle, où des manœuvres de réduction furent faites sans succès.

A ma visite du 24 février, je constate que le pied a sa direction à peu près normale, et qu'il existe sur le cou-de-pied une saillie assez considérable. Cette saillie est manifestement formée par le bord antérieur de la mortaise tibio-péronière, qui s'est déplacée en avant de la poulie astragalienne. Tout le pied est porté en arrière de la position qu'il occupe sur l'axe de la jambe. Au-dessous de la saillie de l'extrémité inférieure du tibia existe une légère dépression. Le relief du talon et du tendon d'Achille est plus prononcé. Je ne crois pas qu'il y ait eu fracture du péroné au moment de l'accident. En tout cas, il n'en reste pas trace. Le moule du pied, tel qu'il se présente avant toute tentative de réduction, a été pris par M. Ménager, externe du service.

La face dorsale du pied est complètement insensible. La face plantaire a conservé la sensibilité normale.

Les mouvement de flexion et d'extension sont très limités. La malade souffre trop en appuyant sur son pied pour qu'elle puisse marcher.

Le 25 février, la malade est endormie par le chloroforme. Une bande de toile mouillée est enroulée autour des deux tiers supérieurs de la jambe et fixée à un pilier. Une autre bande est placée autour du cou de-pied et du talon. Par l'intermédiaire de cette bande on exerce des tractions très énergiques. La résistance du tendon d'Achille me paraît être un obstacle à l'efficacité des tractions. Je pratique donc, séance tenante, la section sous-cutanée du tendon d'Achille. Après cette section, les manœuvres de traction et de coaptation réussissent à réduire à peu près complètement.

Un appareil plâtré placé autour du pied et de la jambe maintient la réduction.

Le 9 mars, l'appareil plâtré est enlevé et remplacé par un appareil silicaté que la malade doit garder un mois. La sensibilité est revenue sur la face dorsale du pied.

Le 19 avril, je constate que la réduction n'est pas tout à fait complète, et qu'il existe encore un peu de déformation du pied, due à une légère saillie du tibia en avant. Mais l'articulation tibio-tarsienne n'est pas douloureuse. La patiente exécute facilement les mouvements de flexion et d'extension. Elle peut marcher sans difficulté je lui conseille de porter pendant quelque temps un bas élastique.

Les *luxations avec fracture du péroné* se répartissent en 25 luxations chez les hommes et 16 chez les femmes. 22 au pied droit, 15 au pied gauche, 4 dont le côté n'a pas été indiqué.

Les causes de ces luxations ont été des chocs directs, des chutes sur les pieds, et, en particulier, des chutes pendant lesquelles le pied était enclavé entre deux corps tels que des planches, des pierres, des échelons.

Les *luxations en dehors* ont été les plus nombreuses, au nombre de 28.

Les *luxations en dedans* ont été au nombre de 9.

Les *luxations en arrière*, au nombre de 3.

J'ai observé une seule *luxation en avant.*

Les *luxations en dehors* se sont accompagnées presque toujours d'une fracture du péroné à quatre travers de doigt au-dessus de la malléole externe, et d'un arrachement de la malléole interne ou du ligament latéral interne. 3 fois seulement la fracture du péroné coïncidait avec une fracture sus-malléolaire du tibia.

Dans les *luxations en dedans*, au contraire, la fracture du péroné siégeait tout à fait à l'extrémité inférieure, à la base de la malléole.

6 luxations se compliquèrent de plaie; 1 fois sans communication avec l'articulation; 5 fois l'articulation fut ouverte et le tibia faisait saillie entre les lèvres de la plaie.

Chez 7 blessés, la réduction fut difficile et nécessita la

chloroformisation. Deux fois, il fallut, en outre, faire, dans un cas, une résection du péroné, et dans un autre cas, une ablation de l'astragale.

L'appareil plâtré, appliqué immédiatement après la réduction (par-dessus un pansement antiseptique dans le cas de plaie) a été le moyen invariable pour assurer l'immobilisation.

Comme accidents consécutifs, j'ai noté :

1 cas d'érysipèle survenu un mois après la luxation, chez un homme de 56 ans, très indocile, et qui ne voulait pas supporter son appareil plâtré ;

2 cas de suppuration articulaire à la suite de luxation compliquée de plaie : l'un des malades a guéri ; l'autre, femme de 50 ans, affectée d'albuminurie, ayant subi l'ablation de l'astragale, a succombé à la septicémie.

Enfin, chez une femme de 58 ans, qui avait eu une luxation en dehors sans plaie, la peau se gangrena au niveau de la malléole interne. Un érysipèle gangréneuse, envahit la jambe. La blessée resta affaiblie, et finit par contracter, dans le service, une pneumonie insidieuse et infectieuse qui entraina la mort quatre mois après la luxation.

Ainsi donc la mortalité des luxations tibio-tarsiennes a été de 2 sur 47 blessés. L'un des décès par pneumonie infectieuse tardive est tout à fait accidentel. L'autre par septicémie, dix jours après l'ablation de l'astragale et la réduction, chez la malade affectée d'albuminurie, peut être imputé à l'opération.

La durée moyenne du traitement des luxations avec fracture du péroné a été de quarante-sept jours.

Le résultat du traitement a été bon dans 37 cas, les blessés ayant recouvré la forme intégrale et les fonctions du pied ; défectueux dans 2 cas, le cou-de-pied restant déformé, quoique les mouvements du pied fussent bien conservés ; mauvais dans 2 cas, le pied étant dévié en dehors de l'axe de la jambe et la marche étant plus ou moins gênée.

(*A suivre.*)

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

LEÇONS SUR LA PHYSIOLOGIE ET LA PATHOGÉNIE DE LA DESTRUCTION DU SANG,

Par WILLIAM HUNTER,
M. D. Edin., M. R. C. P. Lond., etc...
Médecin assistant du London Fever Hospital.

Suite (1).

III. — Nature de l'hémolysis.

En attribuant une telle importance aux cellules qui sont en connexions si étroites avec le sang, je fais quelque anticipation, car il n'existe encore aucune preuve absolue de cette hypothèse.

Le second but de mes observations a été de rechercher pourquoi l'hémolysis se confine au système porte, distingué du système général de la circulation et pourquoi, en particulier, l'ablation de la rate affecte si évidemment l'action d'un agent destructif du sang injecté directement dans la circulation générale. Pour arriver à la solution de ce problème j'ai rencontré, au début, des difficultés considérables que dans les premiers temps j'essayai, mais vainement, de surmonter. L'action destructive du poison était si manifestement intensifiée dans l'intérieur de la rate, et quelquefois si strictement limitée à cet organe, que ma première conviction fut que le poison s'accumulait dans la rate en plus grande quantité que partout ailleurs. Je fis donc porter mes recherches sur une méthode qui permit de céler le toluylendiamine même en quantité très faible. Je pensai avoir trouvé cette méthode par l'emploi du chlorure de benzoyl, agent qui donne un abondant précipité avec le toluylendiamine. Mais je ne pus rien tirer de ce moyen, et il me parut alors évident qu'il fallait s'adresser exclusivement à une méthode calorimétrique. Je finis par en trouver une satisfaisante, en renversant, pour ainsi dire, l'expérience pour la recherche des nitrites dans l'eau potable. Le phénylendiamine donne avec les nitrites, après addition d'une goutte d'acide chlorhydrique dilué, une forte coloration caractéristique. Je pensai qu'on pourrait faire l'expérience inverse, la réaction étant la même avec le toluylendiamine qu'avec le phénylendiamine.

Après une série de tentatives et d'insuccès, je réussis à établir une méthode basée sur ce principe pour la révélation et l'évaluation du toluylendiamine même dans les plus petites quantités dans le sang et les autres tissus. La délicatesse de la réaction colorante est telle que je pouvais révéler la substance même dans les proportions de 1 centième de milligramme. Ainsi, 10 milligrammes de cet agent ayant été ajoutés à tout le sang d'un animal reçu dans 50 centimètres cubes d'une solution à 10 p. 100 de Na Cl, je retrouvai, à l'estimation, 9 milligr. 95, soit 9 mm. 75 dans le plasma et 0 mm. 20 dans les globules (exp. 132).

J'appliquai cette méthode dans d'autres séries d'expériences sur des lapins et sur des chiens afin d'apprécier la quantité de toluylendiamine dans leurs tissus variés et leurs excrétions, à des intervalles de temps, après l'injection variant d'une à dix-huit heures.

En voici les résultats. En premier lieu je ne trouvai rien qui pût le moins du monde indiquer une accumulation de la substance plus grande dans la rate que partout ailleurs. Au contraire même, trois heures après l'injection de 0 gr. 50, la proportion du toluylendiamine trouvée dans la rate était trop petite pour être évaluée, plus petite même que les proportions décelées dans le sang, le foie ou les reins (exp. 126). Mais je trouvai, ce qui était pour moi beaucoup plus instructif que l'absence de l'agent dans la rate :

1° Que, même dans le court espace de temps d'une heure après l'injection, la proportion totale de la substance présente dans le sang excédait rarement 1 milligramme et était généralement moindre, même après l'injection de 0 gr. 50 (exp. 119 et 125, chiens ; 126, 128 et 135, lapins) ;

2° Que les organes qui en contenaient le plus étaient ceux en rapports avec l'excrétion, c'est-à-dire, le foie et les reins ;

3° Enfin, ce qui est le plus important de tout, qu'introduit dans le corps, le toluylendiamine était, dans sa presque totalité, transformé dans l'économie, à peine un dix-huitième ou un vingtième de la dose se retrouvant dans l'urine et la bile excrétées à la suite de l'injection (exp. 121, chien ; et 135, lapins).

(1) V. *Gazette médicale*, nos 1, 2, 4, 5, 6, 9, 10, 11 et 14 1893.

Je n'étais point préparé à ce dernier résultat. En effet le toluylendiamine est un corps remarquablement stable et je ne pensais point possible, encore moins probable, qu'il pût ainsi être transformé. Le fait, tel qu'il est, donne, je crois, la clef de ce qui manque à l'explication des effets remarquables qui suivent, en ce qui concerne l'action de cette substance, l'ablation de la rate.

ACTION DIRECTE ET INDIRECTE DES POISONS SUR LE SANG.

Je désire maintenant démontrer que, quelque action que le toluylendiamine exerce sur le sang, cela ne peut être une action directe. Son action destructive ne peut être semblable à celle de la glycérine ou de l'eau distillée qui détruisent immédiatement les globules rouges qui viennent à leur contact. Leur injection dans le sang est suivie presque immédiatement d'hémoglobinurie; le degré de la destruction est directement proportionné à la quantité injectée, et est le plus considérable pendant le temps de l'injection. Leur action sur les globules du sang dans l'intérieur du système circulatoire, est précisément celle qu'ils exercent sur le sang en dehors du système; elle cesse quand ils sont éliminés du sang.

Bien différent est le cas du toluylendiamine. Cette substance ne détruit pas le sang directement; chez les lapins l'injection n'en est point suivie soit immédiatement, soit plus tard par l'hémoglobinurie; son action destructive n'est pas proportionnelle à la quantité injectée; nous avons vu, en effet, que la destruction peut être grande avec une petite dose (quand la rate est présente) et ne pas exister, d'autre part, avec une forte dose (quand la rate est enlevée). Elle n'atteint pas sa plus grande intensité pendant le temps de l'injection, mais plusieurs heures après, à un moment où il existe à peine dans tout le sang 1 milligramme de toluylendiamine, peut-être moins encore, ainsi que je l'ai montré. Enfin son action sur les globules du sang dans la circulation même n'est point celle qu'il exerce en dehors du corps. En effet, dans le système, cette substance donne naissance à des modifications bien marquées dans le plasma et les corpuscules, formation de granulations, de sphérules, de stromas et de schatten, à un moment où il ne s'en trouve qu'à peine 1 milligramme dans la totalité du sang. Au contraire, en dehors de l'économie, j'ai constaté que l'addition à une solution saline normale de 0 gr. 25, 0 gr. 50 et 1 p. 100 de toluylendiamine augmente dans de grandes proportions la qualité conservative des globules de cette solution. Pour toutes ces raisons, l'action destructive du toluylendiamine présente un contraste frappant avec celle des autres tels que la glycérine ou l'eau distillée. Elle semble être aussi indirecte que l'action de ces dernières substances semble être directe.

A ce même point de vue, quoique à un degré moins marqué, un contraste semble exister entre les actions du toluylendiamine et de l'acide pyrogallique. Ainsi que je l'ai déjà décrit, après l'injection d'acide pyrogallique dans le sang, un grand nombre de globules rouges sont atteints si directement par ce contact qu'en quinze minutes on les trouve emprisonnés dans les cellules de la rate. L'action destructive de l'acide pyrogallique sur le sang est donc, à un certain degré, une action directe.

Mes expériences ont apporté une confirmation intéressante sur l'action, que j'avais spécifiée, des divers poisons du sang : dans ces expériences j'excisai la rate et injectai ensuite la solution pyrogallique. Les résultats ont montré que *l'action des poisons qui agissent directement sur le sang n'est que peu ou point affectée par l'ablation de la rate.*

Expérience 78. — Lapin normal. Injection dans les veines de 0 gr. 50 d'acide pyrogallique par kilogr. Le jour suivant, constatation de *schatten* dans le sang. Deux jours plus tard l'animal paraît malade. Nombre des globules rouges tombé à 3.410.000 par millim. cube. Depuis ce moment, rétablissement graduel.

Expérience 79. — Lapin. Ablation de la rate. Injection intra-veineuse de 0 gr.55 d'acide pyrogallique par kilogr. Les deux jours suivants, constatation de *schatten* nombreux dans le sang. Le troisième jour, le nombre des globules rouges est tombé à 1.360.000 par millim. cube. Depuis ce moment, rétablissement rapide.

Dans ce dernier cas, l'ablation de la rate a été absolument sans effet sur l'action destructive de l'acide pyrogallique. Quand les doses étaient petites on pouvait noter une très légère différence dans le sens d'un amoindrissement d'action après ablation de la rate, mais cela ne s'approchait en rien de ce que l'on observait avec le toluylendiamine (exp. 75 et 76.) L'ablation de la rate diminuait bien un peu l'action destructive, mais ne produisait point ce qui était si frappant avec le toluylendiamine, c'est-à-dire l'abolition complète de la destruction. Au contraire, s'il en avait été autrement, si l'ablation de la rate avait influencé d'une manière appréciable l'action d'une substance aussi évidemment nuisible au sang que l'acide pyrogallique, ont eût pu croire que quelque erreur s'était glissée dans les expériences déjà rapportées concernant l'effet de l'ablation de cet organe sur l'action du toluylendiamine.

Tel qu'il est, ce résultat me semble établir deux points; d'abord, *la différence qui existe entre les substances qui agissent directement et celles qui agissent indirectement sur le sang; et ensuite, l'importance de la rate dans l'action de ces dernières.* L'importance de cette dernière conclusion devient visible si l'on considère que, selon mes observations, l'hémolysis à l'état de santé relève de cette action indirecte.

Du moment que l'action du toluylendiamine diffère par tant de points de celle des agents agissant directement sur le sang, du moment, en particulier, qu'à l'encontre de ces dernières, son action destructive peut être diminuée ou abolie par l'ablation d'un organe riche en éléments cellulaires, la rate, je conclus que c'est l'activité de ces cellules plus que toute autre cause, qui, dans l'espèce, détermine l'occurence de l'hémolysis. Cette conclusion n'est, naturellement, applicable en sa totalité et en ce qui concerne le toluylendiamine, qu'à l'animal particulier sur lequel les observations ont été faites. Son importance, cependant, possède une compréhension beaucoup plus grande, et peut vraisemblablement s'appliquer aux autres animaux et aux poisons qui, ainsi que le toluylendiamine pour les lapins, agissent indirectement sur leur sang. Si, aussi bien que je l'ai montré, les cellules sont les arbitres définitifs permettant ou non à une substance de cette nature d'induire l'hémolysis, la conclusion devient évidemment plus largement applicable qu'en règle ordinaire. Le dernier mot appartient aux cellules, facteurs communs à tous les animaux analogues; et, dans le cas par-

ticulier, non aux cellules en général, mais aux cellules de la rate et de l'aire capillaire gastro-intestinale.

(*A suivre.*)

VIIe CONGRÈS FRANCAIS DE CHIRURGIE

Le septième Congrès français de chirurgie vient de se terminer. Au cours de ses séances, tenues du 3 au 8 avril, nombre de faits intéressants ont été signalés, nombre de questions ont été discutées et approfondies. Maintenant que le Congrès est clos, il est possible de grouper ensemble les sujets qui, présentés au cours des différentes séances, se rapprochent les uns des autres.

La CHIRURGIE DE L'UTÉRUS et de ses annexes a donné lieu, comme tous les ans, à des échanges de vues très variées, et les statistiques de part et d'autre, sont venues appuyer les opinions de chacun. C'est ainsi que la gravité des *tumeurs fibreuses de l'utérus*, et la méthode d'intervention qui leur est applicable, n'ont pas été semblablement appréciées par tous les auteurs. M. Kœberlé nous a dit que, d'une façon générale, ces tumeurs sont des néoplasmes essentiellement béuins par le fait même de leur constitution anatomique ; mais qu'il est de nombreuses particularités de leur évolution qui peuvent les rendre dangereux : telles sont les conditions dépendant de l'âge des malades, du siége des tumeurs, de leur volume, de leurs rapports, de leurs transformations dégénératives, d'hémorrhagies excessives, etc... M. Péan a insisté sur ce qu'il y a de mal fondé dans l'opinion des auteurs classiques qui considèrent les fibromes utérius comme des tumeurs bénignes ayant une tendance à diminuer, à disparaître au moment de la ménopause. Au contraire, les femmes atteintes de fibromyome utérin souffrent souvent pendant toute leur vie. Aussi n'hésite-t-il pas à pratiquer l'hystérectomie vaginale totale qui lui a donné 98 0/0 de succès, pour plus de 300 cas, surtout quand il s'agit de fibromes interstitiels multiples. M. Doyeu partage la même opinion ; il faut choisir la voie vaginale quand on le peut, et réserver la voie abdominale aux corps fibreux trop volumineux ; il diffère de M. Péan sur un détail opératoire; en ce qui concerne la forcipressure définitive, il fait remarquer qu'il lui suffit de placer une ou deux larges pinces sur chaque ligament large, alors que M. Péan laisse en moyenne vingt pinces dans le vagin après chaque hystérectomie ; cette quantité de pinces devient un véritable inconvénient pour les malades.

M. Bouilly établit le traitement des fibromes suivant leur volume, leur conformation et leurs rapports. D'après lui, les cas justiciables d'une intervention sont les suivants : 1° fibromes à évolution rapide ; 2° fibromes ayant atteint un volume tel qu'ils compromettent l'existence ; 3° fibromes comprimant le rectum ou la vessie ; 4° fibromes hémorrhagiques ; 5° fibromes douloureux, dans lesquels la douleur dépend soit d'une lésion des annexes, soit d'une mobilité anormale de la tumeur ; 6° dégénérescence kystique ; 7° coexistence d'ascite ; 8° fibromes faisant saillie dans la cavité utérine ou même dans la cavité vaginale; 9° fibromes du corps compliqués d'une dégénérescence épithéliale du col.

Le point intéressant de la communication de M. Bouilly consiste en son appréciation sur l'ablation des annexes, préférable à l'ablation directe dans certains cas qu'il précise. Les indications en sont fournies par les hémorrhagies et la douleur. Les hémorrhagies doivent être des ménorrhagies pour qu'il y ait indication d'ablation des annexes ; quand, au contraire, il y a, en dehors des règles, un suintement sanguin intermittent, dû à l'existence d'un fibrome sous-muqueux, ou même faisant saillie dans la cavité utérine, et non plus interstitiel, l'indication est tout à fait différente, au point de vue de la douleur. Les fibromes, même les plus volumineux, ne sont point douloureux; or, chaque fois qu'il y a des douleurs continues ou paroxystiques, elles sont dues le plus souvent à des lésions des annexes; c'est donc une indication formelle pour l'ablation de ces annexes.

Pour M. Pozzi, au contraire, l'ablation des annexes n'est qu'un pis aller qu'il faut réserver seulement pour les cas où une contre-indication réelle existe vis-à-vis de l'extirpation de l'utérus, par exemple, la débilité extrême du malade, ou la situation pelvienne et intraligamentaire de fibromes trop volumineux pour être enlevés par la voie vaginale. M. Pozzi préfère l'hystérectomie vaginale avec morcellement et forcipressure; il reproche à la castration de ne pas porter remède aux phénomènes de compression dus à la présence des fibromes même assez petits, notamment à la compression du rectum et celle, si redoutable, des uretères. M. Richelot s'accorde avec M. Pozzi pour considérer la castration, quelque valeur qu'elle puisse avoir dans le traitement des fibromes, comme une opération de second ordre. Il insiste sur la cautérisation, au thermocautère, du pédicule dans l'hystérectomie. MM. J. Bœckel, Jacobs, ont recours à l'hystérectomie vaginale aussi souvent qu'il est possible. C'est l'hystérectomie abdominale totale que préfère M. Delagénière.

Des divergences de vues se sont également manifestées pour *le traitement des lésions suppurées péri-utérines*. Y a-t-il lieu dans ces cas d'intervenir par la laparotomie ou par l'hystérectomie? MM. Terrier et Hartmann sont pour la laparotomie; ils ont apporté devant le Congrès les remarques qu'ils ont faites sur une série de 59 cas de laparotomie, pour lésions suppurées péri-utérines. 24 fois la collection suppurée a été bilatérale; 16 fois elle a siégé à droite, 16 fois à gauche; dans un cas, la collection intra-péritonéale n'a pu être rattachée ni à l'un ni à l'autre côté. Sur 32 cas où la suppuration était unilatérale, 6 fois les annexes du côté opposé étaient absolument saines, 26 fois elles étaient malades.

Quels ont été les résultats de ces 59 interventions? En bloc, elles ont donné 7 morts, soit une mortalité générale de 11,86 0/0 en détail, de 17,85 p. 100 pendant les années 1888, 1889, 1890, et de 6,45 p. 100, pour les années 1891 et 1892, le procédé opératoire ayant été perfectionné. M. Terrier a pu suivre 46 cas ultérieurement; 42 malades n'ont plus souffert depuis l'opération; 2 souffrent encore bien réellement, 2 ont de petites douleurs de temps à autre. Aucune n'est immobilisée ; 22 n'ont jamais eu leurs règles ; 6 ont des règles régulières, 3 depuis le moment de l'opération, 2 après avoir eu pendant dix ou onze mois des pertes, 1 après avoir eu deux pertes pendant la première année ; 3 ont eu des règles un peu irrégulières ; 3 les voient apparaître à deux ou trois mois d'intervalle ; 2 ont eu des métrorrhagies qui ont nécessité un curettage secondaire ; 1 a des règles plus abondantes que normalement ; 1 après être restée un an sans rien voir, a eu des pertes pendant quelques mois, puis perd constamment un peu d'eau rousse ; 1 a de petites règles caractérisées par un écoulement d'eau à peine teintée.

Les résultats de la laparotomie sont donc excellents. M. Broca, qui en a pratiqué 9 dans le service de M. Terrier, vient à l'appui de cette proposition; MM. Delaguière et Pozzi, ce dernier apportant des faits intéressants et discutant les indications respectives de l'hystérectomie et de la laparotomie, sont de la même opinion. M. Pozzi pense que la laparotomie reste la règle; elle est plus efficace et moins grave, sa mortalité, pour 208 laparotomies de la pratique hospitalière de M. Pozzi, n'a été que 2,40 p. 100.

On sait que MM. Péan et Segond défendent, d'autre part, l'hystérectomie comme règle toutes les fois que la lésion leur paraît bilatérale, et M. Michaux, devant le Congrès, prend la défense de l'hystérectomie vaginale dans les conditions où MM. Terrier, Hartmann, Broca, Pozzi, ont préconisé la laparotomie. Il annonce une thèse très documentée et très soignée que va soutenir prochainement M. Lafourcade. Ce dernier a réuni 375 cas de suppurations pelviennes traitées par l'hystérectomie dans divers grands services chirurgicaux, non compris 150 cas de M. Péan. La mortalité de ces 365 hystérectomies est de 34, soit 9,06 p. 100. La laparotomie, dans les mêmes cas, peut-être dans des cas moins graves, et pour les mêmes chirurgiens autant que possible, donne pour 396 cas, 58 morts, soit environ 15 p. 100 de mortalité. C'est là, comme le dit M. Michaux, une statistique singulièrement éloquente et démonstrative.

— Signalons, avant de quitter la chirurgie de l'utérus, une communication de M. Jacobs sur *l'hystéropexie vaginale double*. M. Jacobs préfère cette méthode à l'hystéropexie abdominale pour le traitement de la version utérine. Voici comment il opère : il attire avec une pince le col au périnée et, sur la paroi antérieure de ce col, il fait une incision curviligne à concavité supérieure, qui donne un lambeau relevé en haut par l'opérateur. Le décollement de ce lambeau met à nu une certaine partie de la face antérieure du corps de l'utérus sur laquelle on place des points de suture allant de la base de la surface cruentée du col à la limite du décollement supérieur Après avoir fait basculer l'utérus, serré ces points de suture et remis en place le lambeau décollé, il ne reste plus qu'à tamponner le cul-de sac postérieur. M. Pozzi n'admet pas, au contraire, l'hystéropexie vaginale. Quand l'utérus est mobile, dit-il, l'emploi d'un pessaire est suffisant. Quand la rétroversion est adhérente, il faut songer à ces adhérences et se rappeler qu'il existe toujours des lésions de l'utérus ou de ses annexes. M. Pozzi revient en outre sur l'objection de Trélat : comment peut-on prendre un point d'appui sur la paroi vaginale, essentiellement mobile? M. Chalot, quand l'uté us est mobile, et que les adhérences sont détruites, préconise l'opération d'Alexander.

(*A suivre.*)

REVUE DES JOURNAUX

I. — TUBERCULOSE ET SEPTICÉMIE, par le Dr PETRUSCHKY. (*Deutsche medicin. Wochenschrift*, 1893, n° 14, p. 317.)

I. — M. Petruschky rappelle que, dans son mémoral le travail sur l'étiologie de la tuberculose, R. Koch (*Mittheilungen aus dem Kaiserl. Gesundheitsamte*, 1884, t. II, p. 26 et 32) signalait l'importance qui devait revenir à la recherche des bactéries autres que les *bacilli tuberculosi*, dans les crachats des tuberculeux. Près de dix années se sont écoulées depuis lors; et cependant on n'a pas publié jusqu'ici de travaux ayant pour objet l'étude des rapports éventuels de ces bactéries avec certains symptômes et avec l'évolution de la phtisie pulmonaire.

Toutefois dans le courant de l'année dernière, Kitasato (*Zeitschrift für Hygiène*, 1892, t. XII, et Cornet *Wiener medicin. Wochenschrift*, 1892 n° 19 et 20) ont publié les résultats de recherches bactérioscopiques faites à l'«Institut pour l'étude des maladies infectieuses, de Berlin». Ces recherches ont fourni la preuve que les crachats des tuberculeux, débarrassés par des lavages répétés de tous les éléments qui n'émanent pas des poumons mêmes, renferment souvent des bactéries autres que les *bacilli tuberculosi*, et que dans la très grande majorité des cas ces bactéries sont des streptocoques.

Étant donnée la signification pathogène de ces microorganismes, on devait se demander quelle part leur revient dans la genèse de la fièvre hectique chez les tuberculeux parvenus à la phase cavitaire. C'est cette question que M. Petruschky s'est donné pour tache de résoudre. Les recherches ont été faites également à l'Institut pour l'étude des maladies infectieuses, de Berlin.

Il en découle ce premier résultat que *l'infection par streptocoques est une des complications les plus fréquentes de la tuberculose pulmonaire*. La présence des streptocoques a été constatée non seulement dans les crachats, mais encore dans les poumons et dans d'autres organes de malades qui avaient succombé à la tuberculose, ainsi que dans le sang et dans d'autres humeurs (8 fois sur 14 cas examinés). Incidemment l'auteur mentionne que des résultats identiques ont été annoncés récemment par Pasquale. (*Ziegler's Beiträge zur pathologischen Anatomie* etc., 1893, t. XII. fasc. 3.)

Il s'agit là d'une véritable infection secondaire qui s'ajoute à l'infection primitive par le bacille spécifique de la tuberculose, et dont la connaissance est appelée à jeter un jour nouveau sur la pathogénie de la fièvre hectique.

En effet le tracé graphique de cette fièvre réalise les mêmes caractères que la courbe obtenu dans les cas d'érysipèle, dans les cas de suppuration, dans les cas de fièvre puerpérale, bref dans les différents processus fébriles qu'on s'est habitué à mettre sur le compte des coccus pyogènes.

Toutefois chez les phtisiques, l'infection par streptocoque suit une marche plus chronique que dans les circonstances pathologiques susdites. Raison nouvelle de soulever la question de savoir s'il existe des espèces distinctes de streptocoques, engendrant, les unes l'érysipèle, d'autres la fièvre puerpérale, d'autres encore les phlegmons, etc.; ou si les streptocoques qui interviennent dans les diverses circonstances pathologiques comme agents pathogènes ne sont que des variétés d'une seule et même espèce microbienne. Dans les expériences d'inoculation qu'il a faites sur des animaux, M. Petruschky a pu constater que les streptocoques provenant des crachats et des tissus des tuberculeux avaient une virulence moindre que ceux de l'erysipèle et d'autres affections septiques. C'est peut-être ce qui explique la chronicité de la fièvre hectique des tuberculeux.

Quant à la soudaineté avec laquelle éclate cette fièvre, on peut l'expliquer par analogie avec ce qui passe pour les processus suppuratifs sous-cutanés : ici la fièvre persiste tant que le pus se trouve retenu dans un espace clos, sous une certaine

pression ; sitôt que le pus trouve un libre écoulement au dehors, la fièvre tombe. De même, sans doute, dans un cas de tuberculose à la phase cavitaire, tant que les excavations sont closes, ou lorsqu'elles viennent à être bouchées, la fièvre hectique se déclare, et elle tombe, lorsque le contenu de la caverne trouve à s'écouler vers les bronches.

Il va de soi que l'infection par streptocoques des surfaces ulcérées des poumons aggrave le pronostic de la tuberculose pulmonaire. De plus, en tenant compte du rôle de cette infection, on s'explique, d'après M. Petruschky, pourquoi dans les cas où existe l'infection secondaire par streptocoques, le traitement par la tuberculine ne manifeste pas son efficacité spécifique. Ce traitement ne convient qu'aux seuls cas de tuberculose commençante, point sur lequel R. Koch a insisté. Il est absolument contre-indiqué dans les cas de tuberculose fébrile. Tant que la phtisie revêt le caractère septique qu'elle emprunte à l'infection par streptocoques, il faut s'abstenir de recourir à l'emploi de la tuberculine. Nous ne connaissons pas, d'ailleurs, de moyen sûr d'éteindre cette infection secondaire, qui est à redouter chez tout tuberculeux porteur de lésions cavitaires.

M. Petruschky conclut que l'objectif du traitement antituberculeux reste tel qu'il a été défini par R. Koch, et qu'il peut être caractérisé par ces mots : Diagnostic précoce. Traitement précoce des premières déterminations locales. M. Petruschky persiste à croire à l'efficacité de la tuberculine, lorsque ce remède est employé dans les circonstances favorables qui viennent d'être définies. Il a insisté, en terminant, sur ce que l'infection par streptocoques menace toute tuberculose pulmonaire négligée.

E. Ricklin.

BIBLIOGRAPHIE

Traité clinique et thérapeutique de la tuberculose pulmonaire, par le Dr S. Bernheim. Un vol. in-8 de 570 pages. (Société d'Éditions scientifiques.)

Renfermer en un volume relativement peu considérable l'état actuel des connaissances sur la tuberculose pulmonaire, le faire en clinicien et d'une façon pratique, tel a été le but du Dr Bernheim, et il nous semble l'avoir parfaitement atteint. Ce volume constitue donc un traité instructif où tous les points touchant cette grande question de la phtisie pulmonaire, anatomie pathologique, bactériologie, étiologie, etc... sont exposés d'une manière très simple et très complète.

L'ouvrage est divisé en neuf chapitres dont le premier comprend l'*historique*. L'auteur établit les trois grandes époques ou périodes de l'histoire de la phtisie. Il fait remarquer que pendant dix-huit siècles, la question n'a fait presque aucun progrès, qu'il faut arriver aux travaux de deux savants français, Laënnec et Villemin, pour que l'on voie clair dans cette affection ; qu'enfin en 1882, Robert Koch a pu isoler et cultiver le microorganisme de la tuberculose. Cette découverte vient compléter les expériences immortelles de Villemin.

Dans l'*étiologie*, l'auteur démontre que tous les cas de phthisie sont gagnés par la contagion, se faisant par l'intermédiaire d'un facteur unique: le bacille de Koch. L'hérédité directe de la tuberculose n'existe pas ; ce qui existe, c'est l'état défectueux du terrain où évoluera plus tard le bacille, état défectueux que l'on peut hériter ou que l'on peut acquérir. La contagion est l'origine du mal ; on pourrait par conséquent, par des précautions rigoureuses, enrayer l'envahissement de cette maladie et même la faire disparaître.

En un mot, le bacille de Koch est la cause déterminante : il se développe par suite du mauvais terrain du sujet, soit héréditaire soit acquis ; par suite de causes débilitantes individuelles ou acquises: influence du genre de vie, profession, insuffisance d'air atmosphérique, air confiné et vicié, absence de soleil, alimentation insuffisante, refroidissement, grossesse, accouchement, lactation, maladies antérieures aiguës ou chroniques, etc..., etc...

Si l'on voulait indiquer tous les points intéressants que renferme le chapitre de la *Clinique*, on serait forcé de s'arrêter presque à chaque page. L'auteur insiste sur l'importance du diagnostic surtout au début, alors que les divers moyens thérapeutiques d'hygiène, d'antisepsie, etc.. , ont certainement une action efficace et heureusement souvent curatrice, ainsi que M. Bernheim nous le montrera tout à l'heure. Il n'est guère possible de faire le résumé de ce chapitre. Disons seulement que l'auteur y décrit longuement les différentes formes cliniques de la tuberculose pulmonaire : la phthisie aiguë miliaire à forme infectieuse, phthisie aiguë à formes bronchopulmonaire et pleurale (phthisie aiguë à forme suffocante), pneumonie tuberculeuse, phthisie subaiguë. Mais c'est surtout sur la phthisie chronique que l'auteur insiste le plus ; il y consacre les deux tiers du chapitre.

Il divise l'évolution de la phthisie chronique en quatre périodes : 1° période de germination ; 2° période des tubercules non ramollis ; 3° période du ramollissement des tubercules : 4° période de leur élimination et de la formation des cavernes.

La première période de germination, période préphthisique, est constituée anatomiquement par l'évolution de nodules tuberculeux discrets sans que l'état général soit influencé par la présence de ces néoformations. La santé générale semble parfaite et cependant la lésion pulmonaire existe déjà et se manifeste par des signes fonctionnels et physiques appréciables. Ces signes sont les suivants :

a. Modifications des bruits respiratoires dans leur intensité, leur tonalité, leur rythme, etc.

b. Modification de la sonorité, submatité, résistance plus grande de la paroi à la percussion.

c. Présence de phénomènes généraux prémonitoires, anémie, chloroanémie, fièvre, dyspepsie, amaigrissement, troubles nerveux, etc.

d. Enfin types cliniques constitués par la combinaison d'un certain nombre des signes précédents : formes chloro-anémique, dyspeptique, pseudo-catarrhale, pleurétique, hémoptysiques, etc.

M. Bernheim explique la valeur séméiologique de ces différents signes avec beaucoup de sagacité et de clarté; il y apporte un grand sens clinique qui rend d'autant plus intéressante et instructive la description qu'il en donne. On ne peut analyser l'étude qu'il fait de ces signes : amaigrissement, perte des forces, fièvre, râles, craquements, égophonie etc.; nous renvoyons au livre lui-même.

Signalons un court chapitre sur la phthisie fibreuse à laquelle on n'attache pas toujours toute l'importance qu'elle mérite comme forme spéciale de phthisie pulmonaire. Les accidents et les complications de la phthisie commune, bronchite, pneumonie, laryngite, pneumothorax, etc., constituent une division fort bien étudiée de cette partie clinique.

Après nous avoir encouragés en montrant que la tuberculose pulmonaire guérit bien plus souvent qu'on le pense, l'auteur nous montre par quels moyens on peut espérer arriver à cette guérison et consacre un long chapitre à la *thérapeutique de la tuberculose* sous toutes ses formes. Il étudie les modes d'administration des médicaments, ses différentes voies, muqueuses, séreuses, tissu cellulaire, peau, sang, etc. Il s'étend avec intérêt sur les vaccinations anti-tuberculeuses, et, à propos du traitement bactério-thérapeutique, rappelle les différentes expériences faites à Paris, à Berlin et à Londres avec la tuberculine de Koch. Il examine les divers médicaments employés et les résultats qu'ils ont produits : substances antiseptiques (hydrogène sulfureux, sublimé, créosote, etc.), air surchauffé, ozone, arsenic, fluor, sels d'or, balsamiques, etc. ; il étudie en détail le traitement thermal de la tuberculose, la climato-thérapie. Ces généralités une fois dites M. Bernheim s'adresse au traitement particulier des différentes formes de phthisie, phthisies aiguës, phthisie chronique commune à sa période de crudité et à sa période d'excavation.

Ce chapitre de thérapeutique est particulièrement intéressant ; l'auteur s'y étend longuement ; toutes les questions y sont traitées avec une critique judicieuse qui en rend l'exposé très instructif.

L'*anatomie pathologique* et la *bactériologie* n'ont pas été oubliées dans ce volume. Elles complètent la partie clinique et thérapeutique. Au chapitre anatomo-pathologique, nous trouvons l'étude de la granulation tuberculeuse et de son développement, avec les signes qui permettent de la différencier des granulations non tuberculeuses : inflammatoire, cancéreuse, syphilitique, morveuse, etc. Les modes de groupement et d'évolution de ces granulations sont signalés et approfondis : infiltration tuberculeuse de Laënnec, tuberculose du poumon, pneumonie tuberculeuse, cavernes pulmonaires, tubercules fibreux, formes anatomiques de la tuberculose pulmonaire, adénopathies, etc... etc... Dans le chapitre de la bactériologie, le praticien est initié aux méthodes de recherches du bacille, aux différents modes de sa culture, à la préparation des toxines qu'il produit (poison tuberculeux, tuberculine de Koch, etc...) A ce chapitre de bactériologie fait naturellement suite le chapitre de la prophylaxie.

« Fait par un clinicien, ce livre est instructif et pratique, parce que le chapitre de la clinique est riche en observations, parce que l'anatomie pathologique et la bactériologie sont décrites avec simplicité ; il est encourageant aussi, car il cite de nombreux cas de guérison. »

R. Faure-Miller.

BULLETIN

Association générale des médecins de France ; 34e assemblée générale annuelle. — *Les Congrès* : Deuxième session de la Société obstétricale de France. — Quatrième session de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie. — Réunion, à la Sorbonne, des délégués des Sociétés savantes. — *Académie de médecine* et *Société médicale des hôpitaux* : le typhus exanthématique dans les prisons du département de la Seine.

Les deux séances de l'Assemblée générale annuelle de l'Association des médecins de France, tenues les 9 et 10 avril, ont été particulièrement remplies. Devant un auditoire moins nombreux que d'ordinaire, M. le président Lannelongue a rappelé, avec un grand bonheur d'expression, le souvenir des membres morts dans l'année : Cazeneuve (de Lille), figure souriante et cœur généreux ; Villemin, travailleur, persévérant ; Hardy, pétillant d'humeur et esclave du devoir ; Ball « qui vivait dans une sorte d'idéal d'où il fallait le tirer sans cesse pour le ramener aux réalités de la vie » ; tant d'autres encore plus obscurs, mais non moins dévoués à la profession. M. Lannelongue a constaté le petit nombre de Sociétés qui se sont montrées favorables à la création de la caisse indemnité-maladie et, justement irrité de ce dédain, il a, ô douce vengeance, versé dans la caisse des pensions viagères les 6.000 francs qu'il avait promis à la caisse indemnité. Que de misères va soulager l'insuccès de cette caisse !

Et cependant, cette année, il n'y a eu que 13 demandes de pension, ainsi que l'a montré M. Worms dans son rapport si éloquent par la simplicité de son style. M. Brun, l'infatigable trésorier, nous a dit les éléments de notre fortune. L'avoir de l'Association générale et de la caisse des pensions, est au 1er avril 1893 de 1.651.896 fr. 32, non compris les rentes constituées et les nues-propriétés.

Inutile d'ajouter quels applaudissements ont accueilli la déclaration favorable de M. Boutin, chargé, par le Conseil général, d'examiner les comptes de notre vénérable trésorier.

Celui qui, après Amédée Latour et Foville, a tenu avec tant de compétence la plume de secrétaire général, M. Riant, se retire et l'Assemblée lui a donné le titre de secrétaire général honoraire et, en même temps, un successeur en la personne de notre excellent confrère de la *Gazette hebdomadaire*, M. Lereboullet, qui nous a lu un très solide compte rendu des faits et gestes de l'Association en 1892. Il a dit les pertes subies, les acquisitions nouvelles (330 admissions). Il a rappelé les divers projets intéressant le corps médical ou plus spécialement l'Association ; la reconnaissance d'utilité publique de celle-ci ajournée, de même, l'augmentation des honoraires des experts en médecine légale, la loi sur l'exercice de la médecine promulguée, celle de l'assistance médicale dans les campagnes acceptée en première délibération par le Sénat, la présentation d'un projet de loi concernant le service militaire des étudiants en médecine, etc.

La première journée s'est terminée par le banquet traditionnel au Continental, banquet qui se ressentait des agapes des congrès de la semaine passée, car nos confrères de Paris y étaient fort rares. M. Lannelongue a porté un toast aux délégués en indiquant les efforts et le dévouement de tous. Notre ami, le Dr Langlet, au nom des délégués, a porté la santé du président, en indiquant, chemin faisant, l'état des questions professionnelles qu'étudie le parlement et auxquelles il a concouru lui-même par son excellent rapport sur la loi relative à la santé publique. M. Motet, remplaçant le professeur Brouardel, a bu à la santé des membres du conseil judiciaire que représentait ce soir-là M. Deligand. Celui-ci a très spirituellement repoussé une partie des compliments de notre ami M. Motet ; enfin après que M. Delvaille a eu bu à la santé de M. Brun, dont la retraite sera heureusement conjurée, ce trésorier modèle a remercié ses confrères de la sympathie si méritée qu'ils lui témoignent.

A la séance de lundi, la grosse question de l'indemnité-maladie a été abordée. On se rappelle que toutes les sociétés locales ont été invitées à répondre par oui ou par non à cette double demande : Faut-il créer un droit à l'indemnité ? Faut-il augmenter la cotisation de 12 francs à 20 francs.

Le résultat de ce plébiscite a été négatif et M. Bucquoy l'a exposé dans un très court rapport.

M. le Dr Lande, de Bordeaux, qui, avec notre excellent confrère du *Concours médical*, M. Cézilly, s'est fait l'apôtre ardent de ce droit à l'indemnité, ne s'est pas déclaré battu par cette solution négative ; elle n'a été négative, a-t-il dit, que parce que le problème lui-même était mal posé. On prétend que les règlements s'opposent à ce que les sociétés de secours de médecins fassent ce que font les sociétés de secours d'ouvriers. Qu'on demande la réforme de nos règlements. Il en vaut la peine. D'ailleurs, ayant recueilli une approbation unanime chaque fois qu'il est venu plaider la cause du droit à l'indemnité en cas de maladie, M. Lande se refuse à croire que la pratique ne puisse pas suivre l'adoption virtuelle du principe. Il veut l'assurance contre le chômage par suite de maladie, qui existe en Angleterre, avec toutes ses conséquences et par suite toutes ses charges et tous ses avantages. Qu'une commission composée d'hommes spéciaux étudie à fond ce grave problème et présente dans deux ans ou trois, s'il le faut, le résultat de son enquête.

M. Janicot (de la Société d'Alger) est aussi d'avis que la question soumise aux délibérations des sociétés locales n'a pas été étudiée de très près par elles et il propose une consultation nouvelle par circulaire adressée à tous les membres de l'Association. MM. Olivier (Nord), Sentex (Landes), Delvaille (Basses-Pyrénées) prétendent, au contraire, que la consultation de cette année a été complète. M. Durand Fardel (conseil général) insiste très vivement sur cette idée et montre toutes les difficultés de l'application d'un principe qui semble être adopté par tous.

Le délégué de la Haute-Vienne croit qu'il n'est pas sérieux de demander une simple augmentation de cotisation de 8 francs ; il faudrait une cotisation 60 à 120 francs pour que l'indemnité-maladie fût d'un taux respectable.

M. Delvaille (Basses-Pyrénées) tout en ne repoussant pas le principe, trouve l'application délicate. Même cette augmentation illusoire de 12 à 20 francs par an, éloignerait bien des sociétaires. D'un autre côté, aujourd'hui l'Association générale est une œuvre de solidarité confraternelle qui secourt les médecins malades ou simplement malheureux, sans qu'il soit toujours besoin qu'ils le demandent. Si l'on décide qu'ils ont, dans telle circonstance déterminée, le *droit* d'exiger une indemnité, l'exercice de ce droit sera entouré de formalités plus ou moins embarrassantes ; la caisse sociale sentira, malgré elle, le besoin de se défendre contre cet appel du sociétaire armé de son droit ; de là, pour le sociétaire, hésitation à en user. M. Delvaille croit que ce qui a été fait jusqu'ici se continuera et que le plus souvent le sociétaire malade est plus efficacement et plus généreusement secouru qu'il ne le sera le jour où il aura droit au secours. Après une très juste observation de M. Yvonneau (Loir-et-Cher) qui dit qu'il ne faut pas comparer l'indemnité maladie des sociétés ouvrières (1 à 1 fr. 50 par jour) avec celle de 5 à 10 francs qu'on réclame pour le médecin, M. Bucquoy, rapporteur, constate l'existence de deux courants, l'un vers le droit à l'indemnité, l'autre vers le simple secours ; il croit que, pour satisfaire au vœu de M. Lande et de ceux qui partagent son avis, il faudrait créer dans chaque société une caisse de secours venant de cotisations très majorées.

M. Surmay qui est, lui aussi, partisan de l'assurance, mais se sent emporté vers le principe du droit, croit que la question n'est pas encore élucidée et demande au Conseil général d'y penser toujours.

M. Lereboullet constate que, de longtemps, il n'existera pas, sur ce délicat problème, de majorité pour ou contre qui puisse créer au Conseil général une autorité morale en la matière. L'honorable secrétaire général dit que l'assurance telle que la veut M. Lande, et elle est très légitime, ne s'établira qu'avec des cotisations élevées. Cela se pratique en Angleterre ; il ajoute que si on attend la prochaine loi sur les sociétés de secours mutuels, la réforme permettra à nos sociétés locales de faire l'assurance qu'on ne leur permet pas aujourd'hui. Ce qu'il y aurait de plus pratique, selon lui, c'est une grande caisse d'assurance, indépendante de l'Association, laquelle se bornerait à donner son patronage et à aider ceux des sociétaires qu'une gêne momentanée empêcherait de payer leur grosse prime annuelle.

M. le président, après avoir excellemment résumé les débats et montré le danger d'un autre emploi des fonds sociaux, tout en reconnaissant la justesse des aspirations de la profession, croit qu'il faut que le Conseil général soit cette Commission que proposait M. Lande. Il importe que la grosse question de l'indemnité reste à l'ordre du jour du Conseil général.

Ces conclusions sont adoptées. Les 13 pensions demandées par la Commission dont M. Worms est l'éloquent interprète, sont ensuite votées. A cette occasion, M. Lannelongue exprime l'espoir que les prochaines pensions pourront être portées à 1.000 francs, sauf à arriver plus tard à 1.200 francs. On passe au rapport de M. Durand-Fardel, sur les vœux que les sociétés ont renvoyés au Conseil général après étude.

L'un d'eux touchait à l'interdiction de l'exercice de la médecine par les médecins militaires. Le rapporteur juge difficile l'intervention de l'Association en cette occurence et précisément un membre donne lecture d'une réponse du ministre de la guerre à l'Union des syndicats. Des circulaires confidentielles ont, dit-il, plusieurs fois réglé cette question en interdisant aux médecins militaires de payer patente, de taxer leurs soins donnés dans des circonstances exceptionnelles. Tout est donc pour le mieux, mais il est peu de villes nous dit-on, où une telle réglementation soit utile.

Le vœu émis l'an dernier par la Société des Landes, au sujet des facilités à accorder aux étudiants en médecine pour leur service militaire, a reçu une solution par les soins du comité de la presse médicale qui a adressé des réclamations au ministre et a obtenu la promesse formelle de modifications favorables. L'honorable rapporteur n'a pas cru devoir nous dire l'opinion émise cette année sur ce point par les sociétés locales consultées. C'est le regret que nous en a exprimé M. Sentex (Landes) le premier initiateur de cette reclamation. Et il désirerait que le Conseil général agît auprès des groupes extra-parlementaires composés de médecins et invitât les sociétés locales à agir dans le même sens auprès des représentants de leurs départements respectifs.

L'Assemblée a également adopté des vœux relatifs à un plus juste établissement des patentes et à la perception d'une patente unique pour les médecins exerçant uniquement dans les stations thermales.

J'oubliais de dire que, la veille, l'Assemblée avait nommé membres du Conseil général MM. Bucquoy, Laennec, Charbonnier, Motet, Hallopeau, Philbert et Laguesse.

Le soir un grand nombre de médecins de Paris et des sociétés locales assistaient à la réception du bel hôtel de la rue

François Ier, dont M. et Mme Lannelongue ont fait les honneurs avec une grâce charmante.

Dr C. DELVAILLE.

— Les congrès, dont nous annoncions la réunion dans notre précédent *Bulletin*, ont tenu et bien rempli leurs séances. Nos lecteurs trouveront l'analyse des principales communications qui y ont été faites dans la *Revue général de médecine, de chirurgie et d'obstétrique* : nous nous bornerons à donner ici, après celle du Congrès de chirurgie, dont nous publions plus haut une revue synthétique, la physionomie générale de ces assises de différentes branches des sciences médicales et de l'art de guérir.

— La Société obstétricale de France a tenu sa deuxième session du 5 au 7 avril, sous la présidence de M. Guéniot, vice-président, remplaçant M. Moussons (de Bordeaux), empêché par raison de santé d'assister à la réunion. Disons de suite que, pour la prochaine session, M. Guéniot passe à la présidence et que M. Charpentier a été élu vice-président.

De nombreux et importants travaux ont été communiqués au Congrès ; nous mentionnerons plus particulièrement ceux qui sont relatifs à la rigidité du col, aux lésions anatomiques de l'auto-intoxication gravidique, au curettage utérin dans les suites de couches, à la symphyséotomie.

Pour MM. Wallich, Pinard, Bouffe de Saint-Blaise et quelques autres de leurs collègues, la rigidité du col, telle qu'on l'a décrite, n'existe pas anatomiquement et c'est en vain qu'on cherche une altération spéciale dans la texture du col. Si, dans les cas incriminés, le col ne se dilate pas, cela tient moins à un obstacle constitué par le col lui-même qu'au défaut des agents dilatateurs, à l'inertie utérine, par exemple.

Suivant d'autres accoucheurs, parmi lesquels se rangent MM. Guéniot, Maygrier, Porak, Fochier, etc., la rigidité du col ne saurait cliniquement être niée. D'autre part, l'absence de lésion anatomique ne saurait impliquer, selon la remarque de M. Gaulard, qu'un col ne résiste pas plus qu'un autre. Le col d'une primipare, surtout d'une primipare âgée, ne se comporte pas, à cet égard, comme le col d'une multipare. Donc, qu'on la qualifie d'anatomique ou de physiologique, la rigidité du col existe sans conteste. Cette manière de voir paraît la plus plausible.

M. Bouffe de Saint-Blaise, en se basant sur l'autopsie de 31 femmes mortes éclamptiques, a été conduit à émettre cette proposition : la lésion caractéristique de l'éclampsie réside dans la congestion et l'hémorrhagie des terminaisons de la veine porte. Il en conclut que l'éclampsie est due à une intoxication provenant de l'intestin, intoxication ou infection microbienne.

La discussion qui a suivi cette communication semble avoir établi que la lésion hépatique notée par l'auteur n'est ni aussi constante, ni par conséquent aussi caractéristique qu'il le suppose, et que, si le foie est souvent atteint dans l'éclampsie, il n'est pas toujours le premier ou l'unique facteur de cet accident redoutable de la puerpéralité. Il faut compter avec le rein non moins qu'avec le foie.

Le curettage de l'utérus, dans les suites de couches, préconisé par M. Rivière (de Bordeaux), défendu par M. Charpentier, a été l'objet de grandes réserves de la part des autres membres du congrès. Inefficace s'il est tardif, inutile s'il est précoce, souvent dangereux par les perforations auxquelles il expose : tel est le jugement qu'en porte M. Gaulard. Pour M. Budin, l'exploration intra-utérine et le nettoyage de la cavité par des mesures aussi sûres et inoffensives que possible doivent rendre l'emploi du curettage absolument exceptionnel. Dans tous les cas, la plupart des accoucheurs conseillent la curette mousse, de préférence à la curette tranchante.

L'opération obstétricale à l'ordre du jour, la symphyséotomie a donné lieu à un débat très vif entre M. Pinard et ses élèves, d'un côté, M. Budin et plusieurs de ses collègues de l'autre. Des statistiques contradictoires ont été produites, d'où il est difficile de conclure. L'enthousiasme des interventionnistes est grand ; on peut applaudir à leurs succès, mais on ne saurait condamner la sage prudence des conservateurs.

« Les accidents survenus à la suite de plusieurs opérations de symphyséotomie, dit M. Fochier, doivent faire réfléchir ; il faut que cette opération soit encore étudiée par les maîtres avant d'être trop vulgarisée. »

De son côté, M. Budin ajoute : « Les accoucheurs n'oublieront pas les bons résultats que peuvent donner l'accouchement prématuré, le forceps, la version et même les contractions utérines seules, qui nous ménagent parfois d'agréables surprises. »

Les auditeurs étrangers au Congrès qui suivaient ce débat ont pris part pour l'une ou l'autre des thèses soutenues, et il en est résulté un orage qui a mis fin à la discussion et même aux travaux de la session.

— La quatrième session de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie a eu lieu, du 6 au 8 avril, sous la présidence de M. Lailler. Beaucoup de faits intéressants ; peu de questions générales ayant donné lieu à une véritable discussion. Nous signalerons plus particulièrement les recherches bactériologiques et chimiques de MM. Eraud et Hugounenq sur la pathogénie de l'orchite blennorrhagique et de certaines orchites infectieuses, recherches déjà connues en grande partie et d'après lesquelles l'unité spécifique de l'orchite semblerait résulter de l'identité des microbes trouvés dans des inflammations testiculaires d'origine différente ; une observation de M. Mendel relative à un cas de gangrène symétrique des extrémités chez une petite fille de 15 mois ; plusieurs communications ayant trait au favus de l'homme et des animaux, aux rapports de la pelade et du vitiligo, à certaines formes d'alopécie (alopécie atrophique, alopécie leucodermique), etc... Dans la plupart de ces communications l'étude anatomique et bactériologique des lésions ne fait pas perdre de vue le côté thérapeutique, ce qui en double l'intérêt.

— La réunion annuelle des délégués des Sociétés savantes amène à la Sorbonne une affluence considérable de savants appartenant à toutes les branches de la science ; les médecins seuls y sont peu nombreux et cela s'explique par la concomitance des divers Congrès dont nous venons de parler. La section médicale, présidée par M. Le Roy de Méricourt, a donc reçu un nombre restreint de communications, et celles-ci se rapportaient moins à des questions médicales proprement dites, qu'à des sujets plus ou moins afférents à la médecine.

Telles sont, par exemple, celles de M. Dupuy sur l'histoire des acides organiques, de M. Barthés sur les améliorations à introduire dans la loi protectrice de l'enfance, de M. Cacheux

sur les moyens pratiques d'assainir les habitations,de M. Combemale sur la transmission de la tuberculose chez les poissons, de M. Moulé sur la médecine vétérinaire arabe au moyen âge, etc. Quelques sujets plus essentiellement médicaux ont cependant été traités : ainsi M. Garrigou a fait une communications sur le traitement de la phthisie pulmonaire ; M. Bergeon, en parlant de la variole et de la vaccine, a insisté sur l'obligation de la vaccine en France, etc.

— Différentes communications faites à la Société médicale des hôpitaux (MM. Bourcy, Chantemesse, Gaucher, Netter, etc.), puis à l'Académie de médecine (MM. Dujardin-Beaumetz, Colin, Lancereaux, Leloir, etc.) permettent de tracer l'historique des cas de typhus exanthématique observés en ce moment à Paris.

Le 29 mars, après quelques hésitations que tout le monde comprendra, puisque le typhus est extrêmement rare à Paris, M. Sapelier, médecin de la prison de Nanterre, reconnut, parmi les malades de l'infirmerie auxquels il donnait ses soins, quelques cas de typhus qu'il s'empressa de signaler au préfet de police. Le 31, le diagnostic fut confirmé par M. Léon Colin qui visita, avec M. Dujardin-Beaumetz, le dépôt de la préfecture, d'où les cas semblaient partir. Le dépôt fut immédiatement évacué et désinfecté. En même temps les typhiques qui avaient été envoyés de là à l'Hôtel-Dieu, furent isolés dans un local spécial. D'autres typhiques, chez qui la maladie s'était déclarée après leur passage du dépôt à la prison de la Santé, furent isolés aussi sous une tente, et l'infirmerie de la prison fut désinfectée.

Le dépôt, qui a été le point de départ de l'épidémie, reçoit chaque jour de 3 à 400 individus et présente, ainsi que l'a fait remarquer M. Colin, les conditions hygiéniques les plus défectueuses, qu'il importe d'améliorer sans retard. Trois foyers secondaires ont surgi (prison de Nanterre, Hôtel-Dieu, prison de la Santé), sans compter quelques cas disséminés dans divers hôpitaux (Charité, Necker, Cochin, Lariboisière) et peut-être en ville, où un seul cas, d'ailleurs, bien avéré, a été signalé.

Les cas observés jusqu'au 10 avril dans les trois foyers principaux se décomposent ainsi :

A Nanterre, 26 cas, dont 24 venus du dépôt et 2 cas intérieurs ;

A l'Hôtel-Dieu, 13 cas, dont 11 venus du dépôt et 2 cas intérieurs ; 2 décès ;

A la Santé 15 cas, dont 1 seul intérieur et 8 décès.

Les premiers malades ont été vus à Nanterre le 20 mars, douze jours après leur sortie du dépôt. Le premier décès a eu lieu le 29.

M. Dujardin-Beaumetz a cherché et croit, non sans quelque raison, avoir trouvé le premier malade, celui qui a contaminé tous les autres, et qui se trouve encore à l Hôtel-Dieu. Il s'agit d'un homme venu à pied de Lille à Paris, et qui a couché à l'asile de nuit d'Amiens. Très peu de temps après son passage dans cet asile, une épidémie dite de fièvre typhoïde y a sévi. Cet homme passe au dépôt et trois jours après est envoyé à l'Hôtel Dieu. Or ce qui confirmerait l'hypothèse de M. Dujardin-Beaumetz, c'est que, suivant les renseignements fournis à l'Académie par M. Leloir, le typhus règne depuis deux mois à Lille, où il a débuté dans la prison ; c'est que, en second lieu, les premiers prisonniers envoyés du dépôt à Nanterre ou à la Santé, de même que les premiers malades évacués à l'Hôtel-Dieu, ont été et ont pu être en contact avec le malade en question.

Du reste Lille ne serait pas le seul foyer qui aurait pu transmettre le typhus à Paris. M. Lancereaux a signalé un dans une petite ville, Etrepagny, où, dans un hôpital pouvant contenir 12 lits, il est mort en peu de temps du typhus 6 hommes, 7 femmes, 2 enfants, une religieuse et l'aumonier. Le curé a succombé aussi et un grand nombre de cas sont été observés en ville. La maladie paraît avoir été importée par des rouleurs ou des bohémiens qui trouvent un refuge a Etrepagny.

D'autre part, ainsi que l'a rappelé M. Ollivier, le typhus est endémique en Bretagne, et l'épidémie parisienne actuelle pourrait être d'importation bretonne.

Quoi qu'il en soit, ce qui ressort des faits actuellement observés, c'est qu'on a bien affaire au typhus exanthématique, ainsi que le démontrent la séméiologie (hyperthermie, symptômes ataxo-adynamiques, éruption pétéchiale, etc.) et l'anatomie pathologique (absence de lésion intestinale, hypertrophie et diffluence de la rate, etc.). L'épidémie est peu grave, car la mortalité est faible. La transmission se fait par contact, et, à ce point de vue, les vêtements, ainsi que l'a fait remarquer M. Colin, paraissent jouer un rôle important. En effet, tandis que dans les prisons, où les hommes, dès leur arrivée, prennent un bain, et sont revêtus du costume de prisonnier, les cas intérieurs sont rares, on a vu, à Nanterre, la maladie contractée par l'employé chargé de recevoir les vêtements des entrants. Ceci montre l'importance au premier chef de la désinfection des vêtements.

Les mesures prises immédiatement pour arrêter l'épidémie, isolement du malade, désinfection des locaux, vêtements et objets contaminés, auront, il est permis de l'espérer, les résultats qu'on en attend.

Mais revenons, avant de finir, à l'épidémie de Lille. Elle a débuté, nous dit M. Leloir, dans la prison, sous l'influence évidente de l'encombrement, car elle peut contenir 170 prisonniers et n'en reçoit pas moins de 500. Les premiers cas de typhus ont été signalés à l'administration qui a envoyé un inspecteur. Celui-ci a prescrit simplement un léger complément de viande, de café, d'alcool dans le régime alimentaire des prisonniers. L'épidémie a continué et l'on a envoyé les typhiques dans les hôpitaux généraux, en promiscuité avec les autres malades. Il va sans dire que les médecins ont protesté; on a prescrit officiellement l'isolement des typhiques, mais cet isolement est resté à l'état platonique. Or, bien que l'administration ait été prévenue, bien que la presse ait eu connaissance de ces graves infractions aux règles les plus élémentaires de l'hygiène publique, le Comité consultatif d'hygiène n'a reçu sur ces faits aucune communication, n'a pu prendre, par conséquent, aucune mesure, et c'est à cela peut-être qu'est due l'épidémie actuelle de Paris. Quel est, ou quels sont les coupables? Quand il s'agit de la santé publique, il importe de ne pas laisser se dérober les responsabilités.

Dr F. de Ranse.

NOTES ET INFORMATIONS

Association de la Presse médicale. — *Réunion du 7 Avril 1893.* — Le second dîner statutaire pour l'année 1893 de l'*Association de la Presse médicale* a eu lieu le 7 avril 1893, au

restaurant Marguery ; 14 membres ont assisté à cette séance que présidait M. le Dr de Ranse, syndic ; le président, M. Cornil, est venu à la réunion qui a suivi le diner.

MM. Gilles de la Tourette et Chevallereau ont fait leurs rapports sur les candidatures de MM. Bérillon et Henri Fournier.

A l'unanimité M. Bérillon, directeur de la *Revue de l'hypnotisme*, et M. Henri Fournier, directeur du *Journal des maladies cutanées et syphilitiques* ont été admis comme membres de l'Association de la Presse médicale.

Sur la demande de M. Gilles de la Tourette, secrétaire général du Comité pour l'érection d'un monument à Théophraste Renaudot, une commission a été nommée pour représenter l'Association de la Presse médicale à l'inauguration très prochaine de la statue qui sera élevée au fondateur du journalisme sur la place du marché aux fleurs à Paris. Cette commission se compose de MM. Cadet de Gassicourt, Cézilly et de Ranse. M. Cadet de Gassicourt prendra la parole au nom de la Commission.

Une commission a été nommée en outre dans le but de présenter au rapporteur de la loi sur les patentes à la Chambre des députés, les objections émises par l'unanimité des membres présents de l'Association contre l'aggravation proposée pour la patente des médecins. Cette commission se compose de MM. Chevallereau, de Ranse, Cézilly, Lereboullet et Marcel Baudouin, secrétaire.

Deux candidatures, ayant trait à des journaux de pharmacie, n'ont pas été admises en raison de l'article V des statuts

Puis le secrétaire a communiqué à l'Assemblée les renseignements qui lui ont été adressés par le Comité central italien. relativement au Congrès international de médecine de Rome et a résumé les démarches faites récemment auprès du président de la commission de l'armée à la chambre des députés par la commission nommée pour l'étude du service militaire des étudiants en médecine.

Le secrétaire,
Marcel Baudouin.

NOUVELLES

Nécrologie. — Nous avons la douleur d'annoncer la mort prématurée de M. le Dr Gallet-Lagoguey, fondateur de l'Association médicale mutuelle du département de la Seine. Notre regretté confrère a eu au moins la consolation de constater lui même le succès de l'œuvre à laquelle son nom restera attaché.

Facultés et Écoles des départements — *Faculté de médecine de Lille.* — M. le docteur de Lapersonne, professeur de clinique ophtalmologique, est nommé doyen pour une période de trois ans.

M. Bédard, agrégé, est nommé, en outre, jusqu'à la fin de la présente année scolaire, chef des travaux pratiques de physiologie.

Faculté de médecine de Nancy. — M. Simon est nommé, jusqu'à la fin de la présente année scolaire, chef des travaux d'histologie.

Bureau central de médecine. — Un concours pour trois places s'ouvrira le 15 mai à midi, 3, avenue Victoria.

Concours pour l'adjuvat. — Un concours pour cinq places d'aide d'anatomie s'ouvrira le lundi 15 mai 1893, à la Faculté de médecine de Paris.

Concours pour le prosectorat. — Un concours pour deux places de prosecteur s'ouvrira le jeudi 25 mai 1893, à midi et demi, à la Faculté de médecine de Paris.

Distinctions honorifiques. — M. le docteur Lemoine (de Reims) est nommé chevalier de la légion d'honneur.

M. le docteur Viallanes (d'Arcachon) a été nommé officier de l'instruction publique.

Congrès français de chirurgie. — La prochaine session aura lieu le troisième lundi d'octobre 1894, sous la présidence de M. Tillaux.

M. Alph. Guérin a été nommé vice président, et M. Berger membre du comité.

Questions mises à l'ordre du jour :

Étiologie et pathogénie du cancer. Chirurgie du rachis.

Société de l'allaitement maternel et des refuges-ouvroirs pour les femmes enceintes, siège social : 45, rue de Sèvres. L'assemblée générale annuelle de cette Société aura lieu le 16 Avril prochain, à 2 heures, à l'Hôtel Continental, rue Rouget-de-l'Isle, sous la présidence de M. Cadet de Gassicourt.

Ordre du jour

1° Allocution du Dr Cadet de Gassicourt ;

2° Compte rendu de l'exercice 1892-1893. Refuge ouvroir pour les femmes enceintes, par le Dr Barbézieux, médecin adjoint au refuge ;

3° Rapport sur la situation financière, par M. Ernest Lefort, trésorier général ;

4° Poésie, par l'auteur M. Jean Rameau ;

5° « Chose vue un jour de printemps », Victor Hugo, par Mlle Gerfaut, de l'Odéon.

6° Poésie, dite par M. Paul Mounet, de la Comédie française.

Chemin de fer d'Orléans. — *Excursions aux stations thermales et hivernales des Pyrénées et du golfe de Gascogne, Arcachon, Biarritz, Dax, Pau, Salies-de-Béarn.* — Des billets d'Aller et Retour avec réduction de 25 0/0 en 1re classe et de 20 0/0 en 2e et 3e classes sur les prix calculés au tarif général d'après l'itinéraire effectivement suivi, sont délivrés toute l'année, à toutes les stations du réseau de la Compagnie d'Orléans, pour les stations hivernales et thermales du réseau du Midi.

Durée de validité : 15 jours, non compris les jours de départ et d'arrivée.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

Décès notifiés du 2 au 8 avril 1893

Fièvre typh., 8.—Typhus, 7.—Variole, 0.—Rougeole, 12. — Scarlatine, 4. — Coqueluche, 16. — Diphtérie, croup, 34. — Grippe, 20.— Affections cholériformes, 0. — Phtisie pulmonaire, 233. — Méningite tuberculeuse, 18. — Autres tuberculoses, 16. — Tumeurs cancéreuses et autres, 55. — Méningite, 44 — Congestion et hémorrhagie cérébrale, 51 — Paralysie, 12. — Ramollissement cérébral, 10. — Maladies organiques du cœur, 72. — Bronchite aiguë et chronique, 124. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 242. — Autres affections de l'appareil respiratoire, 92. — Gastro-entérite des enfants : sein, biberon et autres, 50. — Fièvre et péritonite puerpérales. 3. — Autres affections puerpérales 1. — Débilité congénitale, 28. — Sénilité, 74. — Suicides, 15. — Autres morts violentes, 25. — Autres causes de mort, 162. — Causes inconnues, 8. — Total : 1436.

Le Rédacteur en chef et gérant : F. de Ranse.

Paris. — Typ. A. Davy, 52, rue Madame. — *Téléphone.*

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Rédacteur en chef : M. le Dr F. DE RANSE

Comité de Rédaction : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN
J. ARNOULD (de Lille), P. FABRE (de Commentry), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon)

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, avenue Montaigne (Rond-Point des Champs-Élysées)

CLINIQUE CHIRURGICALE

TRAITEMENT RATIONNEL DE LA LUXATION ILIAQUE CONGÉNITALE DU FÉMUR

Selon la nouvelle méthode du

Dr A. Paci,
Professeur de pathologie et de clinique chirurgicales à l'Université Royale de Pise.

Traduit de l'italien par le Dr G. Farges.

(*Suite*) (1)

Observations récentes.

Obs. XI. — *Luxation iliaque congénitale du fémur gauche*. N..., 12 ans, de Milan, donna des signes de claudication dès qu'elle commença à marcher. Les chirurgiens constatèrent une luxation iliaque commune congénitale, mais le traitement hygiénique et les appareils orthopédiques simples n'amenèrent aucun résultat. Plusieurs praticiens furent de nouveau consultés, entre autres Margary et Panzeri, en Italie et, à l'étranger, Billroth et Wolkmann. Tous déconseillèrent une opération quelconque et insistèrent pour que tout mouvement fût évité, afin de ne pas augmenter la difformité, à cause du poids du corps. On continua la cure hygiénique.

Je fus appelé en consultation au mois de mai 1891 ; je proposai l'application de ma méthode qui fut acceptée.

Le 10 juin 1891, assisté du Dr Panzeri et d'un aide, j'exécutai les 4 temps de ma méthode après chloroformisation. Les défauts apparents disparurent aussitôt et les deux membres semblaient avoir une parfaite égalité de position, direction et longueur. Mais la mensuration qui, avant l'opération, accusait un raccourcissement de 2 cent. 1/2, faisait encore découvrir un défaut de 1 cent. 1/2. L'appui osseux était très bon, la tête fémorale se sentait au-dessous et un peu à l'extérieur de l'épine iliaque antéro-inférieure. La lordose, la saillie du trochanter, la difformité des plis inguinal et fessier avaient disparu. En un mot le résultat immédiat était très bon. Une partie du raccourcissement persistant devait être attribuée au défaut de développement squelettique.

Un appareil plâtré fut appliqué et le lendemain on y ajouta l'extension avec poids de 4 kilogrammes.

Après un mois l'appareil fut enlevé et on y substitua des bandes de gaze, jusqu'au-dessus du genou.

Les poids réappliqués furent tolérés jusqu'à 10 kilogr. Tout appareil fut supprimé après quatre mois ; pendant quelques jours on appliqua un bandage de flanelle et les exercices de déambulation furent inaugurés, avec l'appui des béquilles. La nuit on continuait l'extension.

Après quatre autres mois, la promenade fut permise d'abord avec deux bâtons, puis avec un seul, pendant quelques heures par jour. On appliqua un corset à béquillons sous axillaires pour soutenir le tronc et empêcher la déviation habituelle de la colonne vertébrale. En même temps (et actuellement encore) on ne négligeait ni le massage, ni l'électricité, ni la gymnastique. Il fallut lutter contre l'extraordinaire vivacité de la malade et contre une véritable insouciance par rapport au conseil de s'habituer à marcher posément. Aussi l'on constatait que la claudication n'était pas corrigée en proportion du réel avantage obtenu.

Maintenant cependant, grâce aux soins et aux recommandations assidues de sa mère, notre opérée marche assez bien et n'éprouve aucune incommodité ; la correction des difformités se maintient et la nouvelle position donnée à la tête fémorale n'a pas varié ainsi, que le Dr Panzeri l'a constaté.

Ce résultat date de quatorze mois.

Obs. XII. — Je transcris maintenant l'histoire clinique que le Dr Ragazzi m'a transmise. Elle se rapporte à la petite Marie B..., traitée par moi pour une luxation iliaque congénitale du fémur gauche.

« Marie B..., 13 ans, d'Arcole, est fille de parents sains, « elle a aussi une bonne constitution et, sauf la rougeole, n'a « jamais eu aucune maladie grave.

« Elle était encore toute petite lorsque ses parents observèrent une certaine claudication et la firent visiter par un « médecin. Celui-ci procéda à la mensuration des membres, « les trouva de la même longueur, d'une nutrition égale et, « ne notant aucun signe de rachitisme, n'attacha pas d'importance à ce genre de claudication.

« Sa persistance décida les parents de la petite Marie à demander les conseils de spécialistes qui prescrirent le massage, l'électricité, les poids durant la nuit, le corset, les « bains de mer et un régime fortifiant.

« Malgré tous ces soins, la claudication croissait de plus en « plus et la famille de l'enfant voulut avoir l'opinion du « prof. Paci qui procéda, le 14 janvier 1892, à l'examen de la « malade.

« La hauteur de la jeune Marie est de 1 m. 38 ; sa démarche « claudicante. Étendue horizontalement, elle présente la

(1) Voir la *Gazette médicale*, nos 12 et 13, 1893.

« pointe du pied gauche en rotation interne et le membre plus « court et plus mince que le droit. Le pli inguinal gauche dé- « formé, c'est-à-dire plus profond et plus abaissé que celui « de droite. Tout le membre gauche en rotation interne et « tendant à se croiser sur l'autre. La hanche gauche est très « déformée et le trochanter très élevé; il accuse une forte « saillie par rapport au plan de la crête iliaque dont il est « plus rapproché que le trochanter droit ne l'est de la crête « correspondante. On note une lordose avec flèche d'environ « 4 centimètres (1).

« En pressant en dehors de l'artère fémorale le pli inguinal « de gauche, le doigt s'enfonce sans rencontrer la résistance « qu'offre la tête fémorale dans ses rapports naturels. Les « mouvements de rotation interne, d'extension, de flexion et « d'adduction sont permis; mais ceux de rotation externe et « d'abduction sont impossibles ou extrêmement limités. La « flexion et la rotation interne, bien combinées, révèlent « l'intumescence du grand trochanter derrière lequel on « rencontre un corps dur et arrondi qui suit les mouvements « du trochanter comme s'il en était un appendice osseux, et « qui est constitué par la tête fémorale.

« La malade couchée sur le ventre, on constate le même « raccourcissement, l'état de dénutrition, l'atrophie, etc. La « fesse gauche est aplatie, élargie ; le pli fessier moins marqué « et plus élevé que celui de droite.

« Pour préciser davantage ces signes différentiels, le pro- « fesseur Paci procède à la mensuration de comparaison.

« En voici le résultat :

« La circonférence de la jambe gauche, à un travers de « doigt au-dessus du mollet, est de 16 cent. 1/2; à la moitié « de la jambe, 23 cent. 1/2; sur le milieu de la rotule, 27 cent. « 7 mill. ; au tiers inférieur de la cuisse, 28 cent. ; à la racine « de la cuisse, 34 cent. 5.

« Le membre droit donne une mesure sus-malléolaire de « 16 cent. 1/2 ; à la moitié de la jambe, 27 cent. 1/2 ; sur le « milieu de la rotule, 29 cent. 1/2; au tiers inférieur de la « cuisse, 31 cent. ; à la cuisse 40 cent. 1/2.

« Mesures de longueur :

« Raccourcissement apparent du membre gauche, environ « 4 centimètres.

« En tenant ferme le bassin et repoussant le membre par « dessus, le grand trochanter se rapproche de la crête ilia- « que et le raccourcissement augmente d'environ 2 cent. 1/2, « de sorte que la malade doit présenter dans la marche un « raccourcissement réel de 6 cent. 1/2.

« De l'épine iliaque antéro-supérieure au sommet de la « malléole interne, à gauche, 69 cent. 2 ; à droite 75 cent.

« Du sommet du grand trochanter à la crête de l'iléon, à « gauche, 8 cent. ; à droite, 12 cent.

« Du sommet du grand trochanter au sommet de la mal- « léole externe, à gauche, 67 cent. 9; à droite 70 cent. 8.

« Guidé par ces données, le professeur Paci diagnostique une « luxation iliaque congénitale fémorale gauche, et décide « l'opération qu'il exécute brillamment, grâce à sa méthode « de réduction graduelle. Elle donne en cette circonstance le « résultat magnifique qui la fait généralement adopter et « applaudir.

(1) La colonne vertébrale déformée par lordose forme une courbe à concavité postérieure et le plan du lit représenterait la corde de l'arc, tandis que le vide entre la colonne vertébrale et le plan du lit est, ce qu'en italien, on nomme *flèche*.

« Après l'acte opératoire, on fit n nouvel examen du « membre gauche et l'on constata qe les plis inguinaux « et fessiers se trouvaient normalemnt au même niveau; « qu'il n'était plus possible d'enfoncer : doigt comme aupa- « ravant dans le pli de l'aine, mais qu'a contraire on y ren- « contrait la résistance de la tête fémorle. La différence de « niveau entre les rotules et les malléole en était diminuée. « Impossible de repousser le membre en ant : c'est pourquoi « le raccourcissement relatif à ce mouvement avait disparu. « Enfin, la rotation externe et l'abductio étaient permises.

« Le raccourcissement du membre se truvait réduit à en- « viron 2 cent. 1/2, conséquence évidente e l'arrêt de déve- « loppement squelettique.

« On eut recours à un appareil plâtré et, le lendemain, on « y ajouta l'appareil à extension continu avec poids de « 2 kilogr.

« L'appareil plâtré fut enlevé le 11 avril et remplacé par « une bottine avec bandes amidonnées et munie d'une boucle « au pied, pour l'extension avec poids de 3 à 4 kilogr.

« Le 9 juin, c'est-à-dire quatre mois après la réduction, « on ôta l'appareil et la bottine et l'on permit à la malade de « se lever et de se promener avec des béquilles. Durant la « nuit on réappliquait l'extension, puis, deux fois par jour, « le massage et une fois la cure électrique.

« Les nouveaux rapports osseux du fémur et du bassin se « sont maintenus, ainsi que la moindre différence de lon- « gueur entre les deux membres. L'atrophie du membre « gauche, en comparaison du droit, est persistante ; mais, on « constate déjà une amélioration qui est une promesse favo- « rable pour l'avenir. »

OBS XIII. — *Luxation iliaque congénitale du fémur droit.* Mlle N..., de Naples, 14 ans, fille de parents très sains et dotée d'une excellente constitution physique, me fut amenée à Pise, le 21 février 1890 pour que je donnasse mon avis sur la convenance d'appliquer, ou non, ma méthode de traitement.

L'examen donna les résultats suivants :

La jeune fille étant en position horizontale, on voyait déformé le pli inguinal droit et, à l'extérieur de l'artère fémorale, on pouvait enfoncer profondément le pouce, sans rencontrer la résistance de la tête du fémur qui en était absente. Tout le membre était atrophié malgré les soins minutieux et prolongés de massage et d'électricité qui avaient néanmoins empêché la dénutrition de devenir trop excessive.

La circonférence de la jambe droite sur son milieu était de 32 cent. 2, tandis qu'à gauche, on notait 34 cent. 2. Celle de la cuisse était à droite de 53 cent. 5 et à gauche 55 cent. 5.

Le membre droit montrait un raccourcissement apparent très visible, puisque la marge interne du pied correspondait à 1 centimètre au-dessus du sommet de la malléole interne gauche. Ce raccourcissement augmentait de 2 centimètres quand on repoussait le membre en haut, en maintenant le bassin fixe.

La marge inférieure de la rotule droite se trouvait à un niveau de 2 centimètres plus élevé que la marge supérieure de la rotule gauche.

Le pied gauche était en état permanent d'équinisme de degré moyen.

La distance du sommet du grand trochanter au point de la crête iliaque correspondant au prolongement de l'axe du

fémur était, à droite, de 6 centimètres ; à gauche, de 10 centimètres.

De l'épine iliaque antéro supérieure au sommet de la malléole interne, à droite, 73 cent. 5 ; à gauche, 79 cent. 5.

Du sommet du grand trochanter au sommet de la malléole externe : à droite 79 ; à gauche 80,5.

On notait un raccourcissement de 1 cent. 1/2 dû au défaut de développement squelettique. Lordose à un léger degré avec flèche d'environ 2 cent.

Le pli fessier droit était de 1 cent. plus élevé que le gauche et la fesse droite aplatie et élargie.

Le membre droit était quelque peu tourné extérieurement et le genou en adduction. L'abduction n'était possible qu'à un faible degré, ainsi que la rotation externe.

La déambulation était pénible et s'accomplissait avec un degré de claudication et de déformation de la hanche, du dos et du pied qu'il est rare de constater.

Assisté de mon aide, le Dr G. Paci et du Dr Federighi, chirurgien principal des hôpitaux royaux de Pise, j'expérimentai les quatre temps de ma méthode de correction, si l'on ne veut pas l'appeler de réduction.

Le résultat fut très satisfaisant. Néanmoins, le père de la jeune fille exprima le désir de voir quelques unes de mes opérées afin de se convaincre que le résultat immédiat qu'il voyait pouvait se maintenir définitivement. Je lui fis voir la petite T..., opérée depuis trois ans ; Mlle B..., depuis six ans et Mlle N..., depuis cinq ans. Il put faire toutes les comparaisons qu'il jugea nécessaires à son but et se montra très satisfait de l'état de mes trois opérées, bien qu'il ne soit pas absolument parfait. Elles montrent un très léger degré de claudication ; mais pour qui ne veut pas prétendre à l'impossible, elles font voir que le résultat de ma méthode est bon.

Il accepta alors de la mettre en œuvre et m'invita à me rendre à Naples.

Le 3 mars 1892, j'eus la grande satisfaction de trouver présents à l'opération l'illustre professeur sénateur Gallozzi, le professeur Frusci, le professeur de Bonis et les Drs d'Agostini et Ninno, leurs aides.

L'exactitude du diagnostic et des altérations étant constatée, la jeune fille fut chloroformée. J'exécutai avec beaucoup de lenteur et de précautions les quatre temps de ma méthode. Le changement de position qui s'opérait sur la tête du fémur était, au fur et à mesure, contrôlé par mes éminents confrère qui constatèrent finalement la réduction du membre en extension et parallélisme avec le gauche, et la position fixe de la tête fémorale contre le bassin en un point très voisin du normal.

Les difformités avaient entièrement disparu et la mensuration de l'épine iliaque antéro-supérieure au sommet de la malléole interne se réduisait à la différence d'environ 1 cent. 7, différence due à l'insuffisance de développement squelettique. J'adaptai un appareil inamovible, plâtré, comprenant le membre et le bassin, et le lendemain j'y joignis l'extension avec poids de 4 kilogr.

Le 12 avril, j'enlevai l'appareil plâtré, en présence des professeurs de Bonis et Romano qui constatèrent que la très favorable position donnée au membre n'avait pas varié.

J'appliquai une bottine avec bandes amidonnées et je mis de nouveau en action l'extension avec poids de 8 kilogr.

Cette période de traitement dura cinq mois au lieu de quatre, afin de satisfaire la mère, décidée à exagérer les précautions.

Le 4 août, j'eus le plaisir d'ôter cet appareil en présence de l'éminent professeur Gallozzi et des professeurs de Bonis et Romano. Ma satisfaction fut grande de les entendre affirmer les avantages stablement obtenus et la famille les apprécier avec joie.

Toute difformité apparente avait disparu. L'idéal de la perfection ne peut être espéré ; toutefois, le professeur Gallozzi conclut en disant : *c'est un résultat splendide et tout ce qu'on peut désirer du chirurgien.*

La mensuration de comparaison donna à peu près le même résultat d'environ 1 cent. 7 mill. de raccourcissement.

Je mis un simple bandage élastique avec bandes de flanelle ; fis lever la malade et lui permis quelques pas avec l'appui des béquilles. Trois jours après, elle avait déjà acquis une suffisante agilité pour se mouvoir dans la maison. Fort intelligente, elle disait éprouver une impression curieuse en ne sentant plus l'os comprimé contre la fesse comme elle l'observait auparavant, malgré l'application continuelle du corset de Saint-Germain.

Il n'y a pas de raison pour craindre aucune complication et il ne faut que quelques mois de soins pour rendre meilleur le bon résultat obtenu, parfaire l'organisation de la néarthrose et permettre au membre d'acquérir, avec la nutrition, un fonctionnement plus correct.

(A suivre.)

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

LEÇONS SUR LA PHYSIOLOGIE ET LA PATHOGÉNIE DE LA DESTRUCTION DU SANG,

Par WILLIAM HUNTER,
M. D. Edin, M. R. C. P. Lond., etc..
Médecin assistant du London Fever Hospital.

Suite et fin (1).

HÉMOLYSIS PENDANT L'ÉTAT DE SANTÉ.

Je crois qu'à la lumière des observations précédentes il est possible de se former une conception plus claire qu'on ne l'a fait jusqu'ici du processus hémolytique pendant l'état de santé. Nous avons vu, pour le cas d'un corps aussi stable que le toluylendiamine, combien son action hémolytique est indépendante de l'activité d'un groupe particulier de cellules. Il me sera permis de conclure que la même chose doit s'appliquer, peut être même à un plus haut degré, aux produits relativement inoffensifs formés à l'état de santé, mais capables d'affecter le sang dans son intégrité. Dans aucune circonstance il ne me semble possible que les produits ordinaires du métabolisme puissent être d'un caractère tel ou en qualité si abondante qu'ils soient capables d'exercer une action délétère directe sur le sang. Leur action, dans ce sens, ne peut être qu'indirecte et, comme telle, dépendra spécialement de l'activité des cellules de la rate et de l'aire capillaire gastro-intestinale. Nous ne possédons encore aucune donnée pour évaluer la proportion de l'hémolysis pendant l'état de santé. Je pense qu'elle est considérable, bien qu'il n'existe aucune preuve pour la considérer comme telle. Elle varie considérablement, non seule

(1) V. *Gazette médicale*, nos 1, 2, 4, 5, 6, 9, 10, 14, et 15 1893.

ment parmi les différentes classes d'animaux, mais aussi parmi les différents animaux d'une même classe, et même chez le même animal à divers moments. Elle possède une certaine relation avec l'activité général de l'économie, se trouvant plus considérable dans la jeunesse et la première partie de l'âge adulte, et beaucoup moindre avec les progrès de l'âge. Cette relation, cependant, dépend beaucoup moins de la vigueur générale par elle-même que d'un des processus ordinairement associés à la vigueur générale, je veux dire la digestion.

Je crois que si les modifications du sang ne se trouvaient pas associés à la digestion, l'hémolysis quotidienne deviendrait une quantité négligeable, au lieu d'être, comme je le conçois, considérable dans sa quantité, et, plus encore, dans son importance. Le changement qui se produirait alors serait de l'ordre d'une déchéance lente et serait prouvé, dans le globule rouge, par sa mort sans désintégration, et la présence de masses abondantes de pigment sanguin dans la rate et les capillaires du foie. Nous avons vu que tel n'était pas le cas, et la différence peut être comparée surtout à ce qui se passe pendant la digestion. L'activité des cellules situées en relation très intime avec le sang, en particulier de celles de l'aire capillaire gastro-intestinale et de la rate, affecte d'abord le plasma et ensuite ceux des globules rouges qui sont déjà affaiblis, et accomplit leur désintégration. Nous avons vu ce que devient alors l'hémoglobine ; elle peut être transportée au foie et, en ce point, être transformée en pigments biliaires, ne laissant point, la plupart du temps, la moindre trace de pigment sanguin derrière elle.

Je ne crois cependant pas que toute l'hémoglobine ainsi mise en liberté, subisse cette transformation. Jusqu'à quel point la présence d'une certaine proportion de fer est-elle nécessaire à la cellule hépatique pour parfaire ses fonctions diverses, il est évidemment impossible de le dire. Autant que je puisse déduire de mes observations, je croirai volontiers qu'une fois qu'il a passé dans la cellule hépatique, le fer de l'hémoglobine est moins susceptible d'usage ultérieur que lorsqu'il a été emmagasiné dans la rate ou la moelle des os, je veux dire pour les besoins d'une formation ultérieure de sang. C'est cette considération qui me fait penser qu'une proportion considérable de l'hémoglobine mise en liberté pendant la digestion est, selon toute probabilité, utilisée immédiatement pour la formation du sang, sans être convertie soit en pigment biliaire, soit en pigment sanguin. Il n'aura pas en effet échappé à votre attention que les aires que je vous ai décrites comme les sièges de l'hémolysis, l'aire capillaire gastro-intestinale, la rate et la moelle des os, sont précisément les aires attribuées à la formation du sang ; que les deux processus aient lieu dans le même et unique point, il n'y a point là de contradiction. C'est bien là, au contraire, ce à quoi on doit s'attendre, si, comme j'en suis persuadé, le sang est un véritable tissu. C'est l'exercice et le mouvement du muscle du forgeron qui conduisent à son grand développement ; de même, je crois, il en est pour le sang à l'état de santé ; la formation et la destruction du sang vont la main dans la main, ont lieu aux mêmes points et suivent les mêmes conditions. Il serait intéressant de rechercher pourquoi cette reconstruction a lieu d'une façon continue. Mais cela pourrait m'entraîner trop loin de mon sujet actuel qui est seulement d'attirer votre attention sur le fait lui-même.

Quant au degré de l'hémolysis à l'état de santé, il n'est point nécessaire de le déclarer considérable pour prouver son importance. En effet, comme beaucoup d'autres processus normaux, il tire son importance des variations qui se produisent pendant l'état de maladie. Je conclus en disant que la proportion d'hémolysis qui a lieu chaque jour est strictement déterminée par le degré d'activité des leucocytes du sang et de la masse des cellules lymphoïdes de la rate et du réseau gastro-intestinal.

Influence de la digestion.

A quelque degré que l'activité de ces cellules soit influencée par le caractère et la quantité de la nourriture absorbée, c'est précisément à ce degré que se trouve affectée l'hémolysis. Elle est plus grande, en conséquence, pendant l'abstinence. Comme preuves de cette opinion, je puis, parmi bien d'autres, citer les faits suivants : 1° Pendant la pleine digestion, je constate dans la rate des modifications du plasma et des globules rouges identiques en caractères à celles produites par l'action des agents destructifs, et excédant de bien loin tout ce que l'on peut jamais trouver chez l'animal privé de nourriture ; 2° Pour des raisons longuement exposées dans ma première leçon, la formation augmentée de pigments biliaires pendant la digestion active est la preuve d'une hémolysis aiguë pendant cette période ; 3° Le nombre plus considérable de leucocytes dans le sang pendant la digestion ainsi que l'a noté Pohl, et surtout dans le sang du système porte, ainsi que je l'ai signalé, l'accroissement correspondant de la formation et de l'excrétion de l'acide urique pendant le même temps, comme l'a observé Horbaczewski, me semblent constituer des faits d'un intérêt spécial en indiquant, le premier l'activité accrue des leucocytes pendant la digestion, et le second l'augmentation de désintégration qui a eu lieu à la fois dans leur propre intimité et dans les cellules de la rate ; 4° L'accroissement de la tendance à la coagulation pendant cette période, marquée spécialement dans le sang porte, décrite pour la première fois par Wooldridge et confirmée depuis par Wright, est un phénomène important, en ce qu'il indique l'activité et l'instabilité de tous les éléments du sang pendant la digestion, c'est-à-dire du plasma, des leucocytes et des globules rouges ; 5° Enfin, pour prouver l'activité spéciale de la rate pendant cet acte physiologique, je signalerai l'accroissement de volume considérable de la rate que j'ai observé chez des animaux au cours de la digestion. Cet accroissement est encore plus marqué sous l'influence des agents hémolytiques injectés directement dans le sang ; cette influence est à la fois immédiate et frappante. Moins d'une demi-minute après l'injection, la rate se développe considérablement et s'engorge de sang veineux sombre, alors qu'auparavant elle se trouvait petite, comparativement pauvre de sang et d'une belle couleur rouge. C'est là une action directe sur le tissu même de la rate. De grands changements dans les dimensions peuvent avoir lieu pendant la période d'influence de ces substances, la rate se contractant et se dilatant à des intervalles très fréquents. Avec des doses très considérables, on peut observer une action inverse, la rate se contractant fortement parfois pendant plusieurs heures. J'ai quelquefois observé une telle contraction ayant lieu immédiatement après la mort ; c'est là un fait d'une certaine importance car

il indique que l'activité de la rate pendant la vie peut ne pas être nécessairement évaluée par ses dimensions après la mort.

Action des cholagogues.

A l'état de santé, l'hémolysis la plus considérable est produite, secondairement à la digestion, par l'action des agents cholagogues, mercure, podophylle, iridine, évonymine etc., action qui a été si bien étudiée par le professeur Rutherford. L'action de ces « stimulants hépatiques » est indiquée surtout par un accroissement dans la sécrétion de la bile et des pigments biliaires. On les considère par conséquent comme des stimulants de la sécrétion biliaire et on leur accorde une action stimulante spéciale sur le foie. Les observations précédentes montrent à quel degré une formation accrue de pigment biliaire doit être nécessairement précédée d'une augmentation dans la destruction du sang. D'après l'opinion jusqu'ici admise que le foie jouait un rôle tout aussi prépondérant dans la destruction du sang que dans l'excrétion subséquente de la bile et des pigments biliaires, il était naturel de reconnaître aux cholagogues cette action particulière sur le foie. Mais, depuis que, selon mes observations, la destruction du sang est reconnue avoir lieu surtout en dehors du foie et effectuée principalement par l'activité des cellules de la rate et de la muqueuse gastro-intestinale, je crois que l'action principale et certainement initiale des cholagogues ne s'exerce pas sur le foie, comme on l'a supposé jusqu'ici, mais sur des cellules extérieures au foie par l'activité desquelles l'hémolysis antérieure est déterminée. Pour le cas des cholagogues comme dans celui de l'hémolysis en général, la principale fonction du foie est d'excréter les produits déjà formés. Cette hypothèse n'exclut pas celle d'une action stimulante de ces substances sur les cellules hépatiques; tel est sans doute le cas, au contraire. Ce que je conclus c'est que, pour que cette activité cellulaire soit effective, les substances cholagogues doivent d'abord avoir agi sur le sang, par l'intermédiaire des cellules lymphoïdes de la rate et de la muqueuse gastro-intestinale.

HÉMOLYSIES A L'ÉTAT DE SANTÉ.

Dans l'état morbide, comme dans l'état normal, l'hémolysis est aussi de nature indirecte. Elle n'est point déterminée par des substances qui ont une action nocive directe sur le sang. Des exceptions à cette règle sont constituées par des affections telles que l'hémoglobinurie paroxystique et l'hémoglobinurie des brûlures et des maladies analogues, où la destruction, comme je l'ai montré ailleurs est produite en dehors de la circulation porte par des influences (exposition au froid, à une grande chaleur etc.) n'agissant le plus souvent que sur une aire limitée. La malaria est également une affection où l'hémolysis est produite plus ou moins directement par l'action des parasites, l'action des plasmodies de la malaria sur les globules rouges.

Le type de l'hémolysis accrue le plus important et le plus intéressant à l'état de maladie n'est pas l'hémoglobinurie, cependant, mais le type marqué par une détérioration progressive du sang est une anémie profonde sans qu'il se manifeste des signes aussi évidents de l'hémolysis que l'hémoglobinurie. J'ai démontré, par une longue série d'observations, que tel est le cas de l'anémie pernicieuse. L'hémolysis excessive qui s'y produit, indiquée entre autre choses par l'accumulation considérable de pigment dans le foie, est une preuve de l'action d'un poison ou de poisons de nature spécifique produits par des agents localisés dans l'aire gastro-intestinale. De par son caractère et ses preuves (changements présentés par le foie et la rate, absence d'hémoglobinurie, et cependant présence de pigment sanguin et de fer dans l'urine, parfois l'existence d'une ictère) l'hémolysis de cette affection est le type de celle produite par des substances agissant directement sur le sang. De cette nature également est, selon moi, l'hémolysis excessive qui marque la série entière de ces états toxhémiques chez lesquels l'ictère est un phénomène plus ou moins accusé, et surtout le plus grave de tous, cette affection désignée sous le nom d'atrophie jaune aiguë du foie.

(*The Lancet*, décembre 1892.)

VIIe CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

(VIIe SESSION)

(Suite) (1)

CHIRURGIE DE L'UTÉRUS. — Nous avons à revenir sur le traitement des fibromes utérins, d'autres orateurs étant venus ajouter leurs observations à celles que nous avons déjà rapportées et se joindre soit à ceux qui préconisent la voie abdominale, soit à ceux qui préfèrent la voie vaginale avec le morcellement. M. Routier est éclectique; il n'y a pas de règle absolue et il faut savoir choisir entre les procédés ou les méthodes ce qui convient au cas à traiter. On peut cependant avoir une préférence; celle de M. Poltherat est pour l'hystérectomie vaginale selon le procédé de M. Segond; l'hystérectomie vaginale totale reste l'opération de choix dans le traitement des tumeurs fibreuses; les contre-indications de son application créent les indications des autres méthodes. M. Rouffart partage cette opinion, aussi bien dans le cas de suppurations péri-utérines que dans celui de tumeurs fibreuses; les hémorrhagies de ces dernières sont fréquemment arrêtées par un simple curettage utérin.

Que faire du pédicule, qui, par la voie abdominale comme par la voie vaginale, reste toujours le point litigieux malgré les perfectionnements de l'hémostase, malgré les progrès de l'asepsie et de l'antisepsie; pédicule dont partent presque toujours les complications graves qui compromettent le résultat opératoire immédiat et contribuent pour beaucoup à la mortalité de l'hystérectomie abdominale? M. Chaput procède de la façon suivante pour pratiquer l'hémostase du pédicule par la ligature directe des vaisseaux : l'amputation supravaginale étant faite et un caoutchouc réalisant l'hémostase provisoire du pédicule, il applique sur la circonférence du moignon utérin une couronne complète de pinces en cœur munies de griffes. On peut alors desserrer le caoutchouc sans avoir à craindre d'hémorrhagie grave, car tous les vaisseaux importants siègent à la périphérie du pédicule. On enlève alors chaque pince une à une; si l'ablation de l'instrument détermine un jet de sang, on fait aussitôt la ligature de la région saignante. Pour que cette ligature ne glisse pas sur le tissu utérin, il est bon de donner un coup de ciseaux de chaque côté de la pince pour pédiculiser la région pincée. Il est alors facile de jeter une ligature au-dessus de la pince.

(1) Voir *Gazette médicale*, n° 15, 1893.

On fait successivement l'hémostase de toute la circonférence. On rencontre parfois vers le centre du pédicule quelques vaisseaux qui saignent; pour les lier, le chirurgien trace autour des vaisseaux avec un bistouri, une incision quadrilatère, profonde d'un centimètre environ. Le prisme de tissu utérin ainsi isolé est saisi avec une pince en cœur au-dessous de laquelle on jette une ligature en masse. On désinfecte alors la cavité utérine et la surface du moignon à la teinture d'iode.

Le dernier temps de l'opération consiste à fixer le pédicule derrière la paroi abdominale au moyen d'un fil qui les traverse tous deux. Une mèche de gaze iodoformée, allant jusqu'au moignon, tient lieu de drain.

Cette méthode, dit M. Chaput, évite l'hémorrhagie et le sphacéle du pédicule, elle réduit au minimum les chances de septicémie: elle est plus rapide et produit un shock moins intense que l'extirpation totale de l'utérus.

M. Dubourg, dans l'hystérectomie abdominale, l'hystérectomie partielle supra-vaginale étant considérée comme le procédé de choix, pense qu'il suffit de faire la ligature du moignon avec de gros catguts, divisant le pédicule en quatre parties. M. Schwartz, dans un cas, a enlevé la tumeur par l'abdomen; un lien de caoutchouc placé sur le col servit de point de repère pour atteindre par le vagin le pédicule qui fut extirpé comme dans une hystérectomie vaginale. C'est cette même opération, qui aurait pour but de tourner les inconvénients des autres méthodes d'hystérectomie, que M. Le Bec qualifie de « hystérectomie laparo-vaginale ».

M. Reverdin repousse cette opération par deux voies différentes et achève, au contraire, l'intervention par la voie déjà ouverte, dans l'espèce la voie abdominale à l'aide d'un procédé qu'il décrit; il pratique, en un mot, l'hystérectomie abdominale totale, la question du moignon se trouvant ainsi réglée. M. Guinard, au cours d'une grossesse, a enlevé par l'abdomen un fibrome volumineux; la malade a guéri et sa grossesse a évolué normalement. M. Vautrin a eu un cas de mort dans les mêmes conditions.

MM. Bergonié et Boursier sont venus présenter les résultats du traitement électrique des fibromes utérins à la clinique électrothérapique de Bordeaux. Ils ont traité plus de 200 cas et ont déduit de cette expérience les conclusions suivantes: le traitement électrique avec la méthode employée est surtout efficace dans les cas de fibromes hémorrhagiques (9 0/0); il agit favorablement aussi sur l'état général (79 0/0); les douleurs accompagnant cette affection s'amendent souvent sous cette influence (50 0/0); et enfin son action au point de vue de la diminution du volume de la tumeur n'est que rarement efficace (10 0/0).

Nous ne pouvons pas terminer cette courte revue de la chirurgie utérine et en particulier ce qui a trait aux fibromes sans rappeler les sages paroles de M. Verneuil. On a beaucoup insisté, dans ces diverses communications, sur la gravité des fibromes utérins et des accidents qu'ils provoquent; il en résulterait que l'indication opératoire s'impose dès que l'existence du fibrome est constatée. M. Verneuil repousse une telle proposition. On a exagéré la gravité des fibromes utérins. Certes, dans quelques cas graves, l'intervention s'impose: mais à côté, combien de faits accompagnés d'accidents légers et facilement curables par les moyens ordinaires!

En tous cas, M. Verneuil déclare qu'il n'a jamais vu de femmes mourir d'hémorrhagies consécutives à un fibrome. « Il est bien certain, dit-il en terminant, que les chiffres de la mortalité accusée par nos collègues les plus habiles présentent un contraste frappant avec la rareté de la mort par les fibromes. »

Chirurgie de la tête et du rachis. — La topographie cranio-cérébrale doit être bien connue quand il s'agit d'intervenir sur ces régions; aussi la communication de M. Clado trouve-t-elle sa place au début d'un compte rendu sur les questions traitées au sujet de la chirurgie du crâne et du cerveau. L'important est que les points de repères choisis, pour la projection des centres encéphaliques sur la boîte cranienne, soient faciles à sentir sur le vivant et que les lignes à tracer sur la boîte cranienne soient susceptibles de rester dans un rapport constant avec les dimensions variables de l'écorce cérébrale. M. Clado nous donne le moyen de retrouver les points supérieur et inférieur de la scissure de Rolando à l'aide d'une ligne partant à un travers de doigt en arrière du milieu de la distance naso-inienne et gagnant par le plus court chemin le sommet de l'angle temporo-zygomatique formé par l'arcade zygomatique et le bord supérieur de l'os de la pommette. Cette ligne, facile à tracer, constitue la clef de la topographie cranio-cérébrale, grâce à elle, on peut délimiter trois lobes du cerveau et la plupart des circonvolutions psycho-motrices.

A l'union du tiers inférieur et deux tiers supérieurs de cette ligne se trouve le « carrefour sylvien ». Une ligne partant de la dépression de la racine du nez et venant passer par le carrefour sylvien pour se prolonger en arrière, tombe dans la scissure de Sylvius qu'elle suit à partir du carrefour. Cette ligne légèrement oblique va passer très peu au-dessus du lambda. M. Clado propose de l'appeler « ligne de Poirier », M. le Pr Poirier ayant bien mis en évidence son importance.

Une ligne partant de la partie postérieure de l'apophyse mastoïde et passant par le carrefour sylvien, puis se prolongeant au delà, coupe en deux le lobule de Broca (troisièmes circonvolutions frontales droite et gauche). Elle passe exactement au milieu du cap de la troisième circonvolution frontale.

On peut encore se servir de la ligne suivante: elle part de la partie postérieure de l'apophyse mastoïde et monte verticalement. Elle coupe la suture sagittale à la moitié de la longueur naso-inienne plus un travers de doigt (origine du sillon de Rolando); elle traverse le lobule du pli courbe, effleure la scissure de Sylvius et le sillon parallèle en arrière.

La plupart des interventions sur la boîte cranienne ont été déterminées pour des accidents épileptiformes; il s'agit presque toujours d'épilepsie jacksonnienne due au traumatisme. M. Warnots a eu l'occasion d'intervenir trente-deux fois sur le cerveau. Les résultats ont varié, mais l'auteur pense qu'il faut opérer de bonne heure à la suite des traumatismes cérébraux et que la trépanation doit être pratiquée de bonne heure comme moyen préventif. Le côté intéressant de cette communication est qu'elle renferme une sorte d'expérience de laboratoire. Dans un cas, l'excision du centre du pouce (ce doigt étant contracturé) a transformé le caractère de l'affection; dans un autre, l'excitation directe, du cortex au niveau des centres du membre supérieur et du membre inférieur a déterminé des contractions violentes dans ces régions.

M. Malherbe a également pratiqué la trépanation dans un cas de chute sur la tête; cinq jours après la chute avaient apparu des crises d'épilepsie jacksonnienne. Ni l'os, ni la dure-mère, ni la substance cérébrale ne semblaient atteints. On

incisa crucialement la dure-mère et les crises cessèrent pour ne plus revenir. M. Mauny a fait la trépanation dans un cas d'hydrocéphalie acquise à marche lente, mais sans succès définitif, le liquide céphalo-rachidien s'étant reproduit en grande abondance. A ce sujet, M. Broca rappelle un fait personnel qui montre bien que la trépano-ponction pour hydrocéphalie n'est pas toujours bénigne.

— Il est certain que les névralgies rebelles sont extrêmement pénibles. Quand les moyens médicaux ont échoué, l'intervention sanglante rendra-t-elle des services ? On a proposé, avec des succès variables, les résections étendues des troncs principaux, l'ablation du ganglion de Meckel et du ganglion otique. M. Doyen a pratiqué avec succès, dans 7 cas, l'ablation totale du nerf maxillaire supérieur, en l'arrachant directement par un procédé qu'il indique du ganglion de Gasser. Dans un autre cas, pour une névralgie invétérée de toute la sphère du trijumeau, il a été nécessaire de faire la résection des 3 branches principales de ce nerf. Ce à quoi est arrivé M. Doyen par la section intra-cranienne du trijumeau et l'extirpation du ganglion de Gasser. La malade (c'était une femme) a guéri et ne souffre plus. M. Doyen, comme pièce à conviction, présente au Congrès, presque intact, le ganglion de Gasser enlevé avec 15 millim. des branches ophthalmique et maxillaire supérieur et 35 à 40 millim. des nerfs dentaire inférieur et lingual. M. Doyen, devant ce succès, se propose, pour toutes les névralgies rebelles des nerfs rachidiens, de pratiquer une opération analogue à la section du trijumeau : la section intra-rachidienne des racines postérieures correspondantes, et cela principalement dans la névralgie sciatique.

MM. Février, Témoin et Chalot, ont également pratiqué la résection du nerf maxillaire supérieur, et du ganglion de Meckel, avec succès pour le premier, résultat nul pour le second, et résultats incertains pour le troisième.

— N'oublions point, en ce qui concerne la chirurgie de la tête, une note de M. Hamon du Fougeray sur la chirurgie de l'oreille moyenne et de la conduite à tenir dans les affections aiguës ou chroniques de ces régions.

— Peu de choses sur la *chirurgie du rachis*. Les communications ont été rares sur ce sujet. Nous n'avons guère à signaler que celle de M. Villar sur une trépanation dans les fractures de la colonne vertébrale. Les cas de trépanation pour ces sortes de fractures ne sont point très nombreux. M. Villar a eu l'occasion de pratiquer cette opération quatre jours après le traumatisme. Le résultat a été une grande amélioration dans les douleurs dorso-lombaires. Dans la suite, la motilité, absente dans la jambe droite, y est revenue ; mais la jambe gauche est restée paralysée. Il n'y a donc pas eu guérison, mais seulement amélioration.

Chirurgie des membres. — Le traitement chirurgical des affections tuberculeuses du pied a constitué en presque totalité le programme de la chirurgie des membres. La discussion a été approfondie et des opérateurs comme MM. Ollier et Le Dentu, sont venus apporter le résultat de leur expérience devant le Congrès. Les affections tuberculeuses du pied sont le plus souvent celles du tarse. M. Ollier y insiste et démontre une fois de plus les heureux résultats de l'astragalectomie.

Cette méthode a un double avantage ; d'abord l'ablation de l'astragale donne une large voie permettant de reconnaître facilement l'étendue des lésions ; ensuite, l'astragale même est fréquemment le point de départ des tuberculoses du pied. Sur les 86 faits que rapporte M. Ollier, 29 fois les lésions avaient manifestement débuté par l'astragale, et 22 fois l'origine du mal a pu être rapportée aux synoviales qui en dépendent. Dans un certain nombre de cas, le tibia et le péroné avaient été le siège de la lésion primitive et cependant, là encore, il a été préférable de commencer par enlever l'astragale, car c'est le seul moyen de conserver les malléoles en évidant toutes les parties atteintes par l'évolution tuberculeuse. M. Ollier revient sur ce point important que l'opération doit être faite lentement si l'on veut être bien certain de ne pas laisser de tissus malades et se placer ainsi dans les meilleures conditions de réussite. Une cause d'insuccès peut résulter de l'oubli d'un fragment osseux qui se détache souvent de la partie postérieure de l'astragale et qui peut ainsi constituer un petit foyer tuberculeux susceptible de devenir le point de départ d'une récidive. Après avoir enlevé tout ce qu'on a pu, on achèvera la destruction des tissus tuberculeux en faisant des cautérisations au fer rouge, et en abandonnant même dans le fond de la plaie, pendant un certain temps, un cautère chauffé à blanc qui détruit ce qu'on ne voit pas. L'amputation ne sera préférée à une opération préservatrice que lorsqu'il s'agit d'une lésion secondaire à une infection générale. Cependant, M. Ollier, dans les cas qui le forcent à renoncer à l'astragalectomie, préfère encore la désarticulation avec excision des parties malades, en conservant le périoste calcanéen, même dans le cas de tuberculose du talon avec fistules multiples ; il faut, en effet, selon lui, s'efforcer de conserver le talon, quelque mauvais qu'il soit.

(*A suivre.*)

BIBLIOGRAPHIE

L'inoculation préventive contre le choléra morbus asiatique, par le Dr Ferran, directeur du laboratoire microbiologique municipal de Barcelonne. — Traduit par le Dr Duhourcau (de Cauterets). — Paris, Société d'éditions scientifiques, 4, rue Antoine-Dubois.

Les travaux récents de médecins russes, MM. Metchnikoff et Gamaléïa, présentés par M. Pasteur à l'Académie des sciences de Paris, donnent une actualité nouvelle à l'ouvrage du Dr J. Ferran.

Chacun se souvient de la campagne anti-cholérique entreprise dans l'ouest de l'Espagne, en 1885, et des incidents dont elle fut marquée. Les jugements les plus opposés furent émis, à cette époque, sur la *cholérisation* catalane et son œuvre. Les essais faits à Odessa remettent en honneur l'inoculation préventive contre le choléra, tentée pour la première fois et sur une grande échelle, il y a huit ans.

Afin d'éclairer le public médical et scientifique sur ce que fut son œuvre, pour rétablir les faits dans leur exactitude, pour répondre aux objections et critiques qui lui furent adressées, le Dr J. Ferran a jugé utile de publier une édition française de son livre. Et pour le mettre à la hauteur de la science actuelle, il l'a revu et notablement augmenté de notes précieuses et de documents inédits.

La traduction en a été faite par un de nos hydrologues pyrénéens, qui connaît à fond l'Espagne, et qui eut le mérite de signaler, le premier, les travaux du Dr J. Ferran dans la presse médicale française.

Au moment où le choléra semble prendre pied définitivement en Europe et peut se présenter de nouveau dans notre pays, la lecture de cet ouvrage sera des plus instructive. En même temps qu'il constitue une page curieuse de l'histoire médicale contemporaine, il étudie une question des plus graves au double point de vue de l'hygiène et des relations internationales, et il en présente une solution nouvelle qui a bien sa valeur et son intérêt.

BULLETIN

Académie de médecine : le typhus exanthématique. — *Société de chirurgie* : Laparotomie dans les contusions de l'abdomen. — Elimination par l'intestin d'une compresse de gaze iodoformée abandonnée dans le péritoine. — *Société de biologie* : Nature des lésions médullaires dans la paraplégie syphilitique. — Les parasites du cancer. — *Congrès allemands de médecine interne et de chirurgie.*

Le typhus exanthématique a eu les honneurs de la dernière séance de l'Académie de médecine et, sauf une double élection de membre correspondant dans la section de médecine vétérinaire, l'a remplie tout entière.

M. Monod a tenu tout d'abord à établir que la direction sanitaire a fait son devoir dès qu'elle a eu connaissance des cas de typhus survenus à la prison de Lille. Elle a appris indirectement ces faits le 21 février ; le Comité consultatif d'hygiène publique en a été avisé le 27. De cette date jusqu'au 4 avril, l'administration n'a plus eu de nouvelles de l'épidémie. A ce moment le typhus se montre au Dépôt. Le Comité de direction se réunit immédiatement et donne mission à des délégués d'inspecter les points contaminés, de remonter à la source de l'épidémie et de prendre les mesures nécessaires. S'il y a eu du retard dans la prescription de ces mesures, cela tient à ce que l'administration n'est pas armée de pouvoirs suffisants, et cela démontre l'urgence de voter la loi sanitaire soumise au Parlement.

M. Leloir qui représente les médecins de Lille, justifie à son tour ses collègues du reproche qui leur a été adressé de n'avoir pas signalé l'épidémie dès son début. Ainsi que l'affirme aussi M. Wonnebroucq, dans une lettre dont M. le secrétaire perpétuel donne lecture, les médecins lillois ont, dès les premiers cas de typhus observés à la prison et à l'hôpital, prévenu le Comité d'hygiène de Lille, dont le Préfet est président. On a pris immédiatement des mesures pour assainir la prison et isoler les malades, mais cet isolement, par suite de l'insuffisance des locaux est illusoire. Comment se fait-il que le Comité consultatif d'hygiène de France ait été informé si tardivement de ces faits ? M. Leloir n'a pas à rechercher sur qui pèse la responsabilité, mais une chose se dégage, dit-il, de l'épidémie actuelle, c'est que notre législation sanitaire a besoin d'être perfectionnée.

Cette conclusion, qui a déjà été celle de M. Monod, est énergiquement appuyée par M. Brouardel. Actuellement, quand une épidémie se déclare, les autorités locales, qui devraient s'empresser de la signaler à l'administration sanitaire, cherchent au contraire à tout cacher, pour ne pas effrayer, dit-on, la population, et pour ne pas nuire aux affaires. Les journaux de la localité se font les complices de cette conspiration du silence et souvent on apprend les faits par les journaux étrangers qui, loin de les dissimuler ou de les atténuer, se plaisent à les grossir, à les exagérer. On arrive ainsi à un but absolument contraire à celui qu'on s'était proposé. Que si, dès le début, les autorités locales avaient fait connaître la situation, l'administration sanitaire aurait pu prendre des mesures propres à éteindre sur place l'épidémie. Il importe donc que la loi nouvelle soit votée le plus tôt possible.

Suivant les observations de M. Laborde et de M. Le Fort, l'Académie rappellera aux pouvoirs publics le vœu qu'elle a déjà émis, il y a deux ans, sur la nécessité et l'urgence d'une législation sanitaire permettant de protéger efficacement la santé publique. Tout le monde s'associera à ce vœu de l'Académie.

Nous avons dit plus haut que l'administration avait institué des recherches sur l'origine et la marche du typhus observé à Lille, à Paris et ailleurs. En l'absence de M. Proust, retenu à la conférence internationale de Dresde, M. Napias avait été chargé de cette mission et notre confrère en a consigné les résultats dans un rapport adressé au ministre de l'Intérieur.

Avant que ce rapport ne parût à l'*Officiel*, et à titre de document, plusieurs membres du bureau, avaient pensé qu'il y avait intérêt, pour la savante compagnie, à entendre la lecture d'un document de cette importance. MM. Alph. Guérin et Larrey, respectueux avant tout de la tradition et du règlement, s'y sont opposés, M. Napias ne pouvant, comme étranger à l'Académie, intervenir dans une discussion pendante.

Nous croyons, nous aussi, qu'il faut savoir respecter la tradition et le règlement, mais en les interprétant d'une manière large qui, sans porter atteinte à la constitution de la savante compagnie, ne limite pas trop, dans une circonstance donnée, son initiative et son indépendance. Dans le cas actuel, M. Napias apportait simplement des documents. Si quelques passages de son rapport avaient paru constituer une sorte d'intrusion dans le débat, le président n'avait qu'à lui retirer la parole. L'Académie ne pouvait donc que gagner à entendre la lecture d'un travail, plein de faits, que l'auteur avait été invité à lui communiquer par un véritable sentiment de déférence. Elle aura connaissance de ces faits, dans huit jours, par M. Proust, après que tout le monde en aura lu la relation dans l'*Officiel* et les autres journaux.

M. Napias, dont nous analyserons le rapport quand nous l'aurons sous les yeux, est remonté, croyons-nous, jusqu'au premier cas de typhus observé à la prison de Lille, et ce cas serait celui d'un homme qui aurait contracté le germe de la maladie dans un asile de nuit où il aurait couché à Amiens. De ce point de départ, notre confrère aurait pu suivre, en quelque sorte pas à pas, la marche et l'extension de l'épidémie. Celle-ci proviendrait donc d'une cause exclusive : l'importation.

M. Kelsch, en se fondant sur les épidémies de typhus qu'il a observées en Algérie en 1867, 1868 et 1869, cherche à établir que l'importation ne peut pas toujours être invoquée à l'origine du typhus, et que la maladie se développe parfois sur place, d'une manière spontanée, en donnant à ce dernier mot le sens que comportent nos connaissances actuelles en microbiologie. Comme les nomades d'Algérie, les vagabonds de tous les pays, affaiblis par la misère, deviennent dangereux et peuvent donner, non seulement les maladies qu'ils ont, mais même celles qu'ils n'ont pas. Cette sorte de paradoxe n'est pas difficile à expliquer. Il est permis de penser qu'un germe, l'agent typhigène, puisqu'il s'agit du typhus, est l'hôte ha-

bituel et inoffensif de nos cavités naturelles. Sous l'influence de causes banales, extérieures ou intérieures, qui amènent chez les vagabonds la misère physiologique, ce germe, cet agent, acquiert une virulence qui développe, dans les organismes primitivement atteints, des formes frustes de la maladie, mais qui, transmis par eux à des individus offrant un terrain plus propice, font éclore la maladie avec toute sa symptomatologie.

Nous avons exprimé nous-même et défendu il y a longtemps cette manière de voir. En 1883, dans la mémorable discussion à laquelle nous avons pris part à l'Académie de Médecine sur la pathogénie des maladies infectieuses, nous disions :

« Voilà une armée en campagne. A la suite de marches forcées, de privations, et sous l'influence d'un encombrement qu'on n'a pu éviter, le typhus éclate au milieu des troupes. Doit-on admettre que le microbe typhigène préexistait depuis un temps indéterminé et qu'il attendait, pour se développer, l'arrivée et la concentration plus qu'éventuelles de ces troupes? Ou bien les soldats ont-ils transporté eux-mêmes cet agent, triste et fatal compagnon de route autrement redoutable que l'ennemi qu'ils sont venus combattre. Avec la doctrine parasitaire, l'une ou l'autre de ces deux hypothèses s'impose. Or, ni l'une ni l'autre ne satisfait en réalité l'esprit. Faut-il admettre dès lors la génération spontanée de ce microbe typhigène ? Pas davantage. Le typhus n'éclate pas en général promptement ; il est, comme beaucoup de maladies épidémiques, précédé d'une constitution médicale qui trahit déjà l'influence dont les effets s'accentuent chaque jour davantage. Avant le premier cas de typhus nettement confirmé, on a observé nombre d'autres cas, où il était simplement soupçonné ; puis les présomptions ont grandi jusqu'au jour où le doute n'est plus devenu possible. Or, dans cette série successive de cas, les malades ont offert à tel microbe, d'ailleurs plus ou moins inoffensif, des milieux de culture où il a acquis des propriétés nocives. Cette nocivité est allée en augmentant de malade à malade, c'est-à-dire de culture en culture, jusqu'au moment où le typhus s'est enfin développé avec tout son cortège symptomatique et toute sa gravité ; alors le microbe a atteint aussi son plus haut degré de virulence, il est devenu typhigène. »

Nous sommes heureux de voir les idées que nous exposions il y a sept ans adoptées et défendues par un esprit aussi distingué que le savant médecin du Val-de-Grâce.

Nous venons de parler du microbe typhigène, que tout le monde admet par analogie, mais qu'n'avait pas encore été isolé. Les recherches de MM. Dubief et Bruhl, que M Dujardin-Beaumetz a communiquées à l'Académie, paraissent devoir combler cette lacune. Les deux auteurs ont constamment trouvé sur 9 observations, dont 6 suivies d'autopsie, un micro-organisme qu'ils proposent d'appeler *diplococcus exanthematicus*. Rare dans le sang et dans la pulpe splénique, ce microbe réside surtout dans les voies respiratoires, ce qui d'ailleurs est parfaitement en rapport avec les principaux symptômes, les lésions fondamentales et la grande contagiosité du typhus.

— M. Jalaguier a rendu compte, à la Société de chirurgie, de deux cas intéressants de laparotomie pratiquée par M. Michaux.

Dans le premier cas, il s'agit d'un homme qui, à la suite d'un violent coup de ringard sur le ventre, présentait un état de choc assez grave, faciès grippé, yeux excavés, douleur à la pression au niveau de l'hypochondre droit, etc. M. Michaux se décida à pratiquer une laparotomie exploratrice, trouva dans le ventre 1 litre 1½ de sang, des matières fécales issues d'une rupture du côlon, sutura l'intestin, lava le péritoine et ferma la plaie abdominale. Le blessé guérit.

A ce propos, M. Michaux, puis M. Jalaguier, discutent les indications de l'intervention chirurgicale dans les contusions de l'abdomen. Le premier, adoptant la division en contusions légères, moyennes et graves, veut qu'on fasse la laparotomie exploratrice dans tous les cas moyens, à fortiori dans les cas graves. M. Jalaguier réserve la laparotomie pour les cas graves seulement, pour les plaies pénétrantes, et conseille, pour tous les autres cas, d'exercer une surveillance active, en se tenant prêt à intervenir à la première alerte.

— On sait qu'il est arrivé à maint laparotomiste d'oublier dans le ventre de l'opérée une éponge ou une pièce quelconque de pansement. Une femme, qui avait subi la castration, puis l'hystérectomie vaginale, continuait de souffrir et vint consulter, cinq mois après, M. Michaux, qui crut à des adhérences intestinales. Une laparotomie exploratrice le conduisit, en effet, sur des anses agglutinées au sein desquelles il put extraire, par une déchirure de l intestin, une mèche de gaze iodoformée, longue de 36 centim., pliée en quatre, qui avait été abandonnée dans le péritoine pendant la première laparotomie. Résection de l'anse intestinale, entérorrhaphie. Les suites immédiates de l'opération furent satisfaisantes, mais l'opérée succomba six semaines plus tard à une péritonite chronique septique.

A ce sujet, MM. Jalaguier et Mauclaire ont entrepris des recherches expérimentales afin d'élucider le mécanisme par lequel la mèche iodoformée avait pénétré du péritoine dans l'intestin. Ils ont vu qu'une compresse laissée à plat dans le péritoine se roule en boule et s'entoure de néomembranes vasculaires qui l'appliquent sur l'intestin.

En opérant dans ces conditions sur une chienne grosse, ils ont constaté qu'une compresse salolée, placée en arrière de l'utérus, a pénétré dans la cavité utérine où on a trouvé les débris trois mois plus tard, quand la chienne a mis bas. Les expérimentateurs ont noté en outre, la tolérance du péritoine pour les compresses antiseptiques. Cette tolérance est loin d'être aussi grande pour les éponges, qui ont déterminé la mort de 4 lapins sur 5. Chez celui qui a survécu, on n'a plus trouvé trace d'éponge. Quelque satisfaisant que soit le résultat de cette dernière expérience, et quelque tolérance qu'ait le péritoine pour les compresses antiseptiques ou aseptiques, les chirurgiens feront bien de ne pas considérer leur responsabilité comme amoindrie par la connaissance de ces faits heureux et de ne jamais oublier une pièce de pansement dans la cavité péritonéale.

— M. Sottas a communiqué à la Société de biologie une étude de l'évolution anatomo-clinique du ramollissement syphilitique de la moelle que 3 cas, soumis à une observation, lui ont permis d'entreprendre et de poursuivre. Le processus morbide présente différentes phases :

1° *Période d'altérations méningo-vasculaires.* — C'est la période du début et la seule dans laquelle les lésions offrent un caractère spécifique. Les vaisseaux, artères et veines, celles-ci surtout, sont le siège d'une inflammation ; du côté de la pie-mère, on trouva de petites gommes miliaires. Les lésions vasculaires entraînent de l'ischémie de la moelle avec les

symptômes qui les traduisent : lourdeur des jambes, troubles dans le fonctionnement des sphincters, etc. ;

2° *Période de ramollissement.* — Les vaisseaux s'oblitèrent, et cette oblitération a pour conséquence le ramollissement d'un territoire plus ou moins étendu de la moelle. Les symptômes sont naturellement en rapport avec cette étendue des lésions ;

3° *Période de dégénérescence.* — Quand les malades ne succombent pas à la seconde période, le processus continue, le parenchyme médullaire dégénère aux points atteints ; fragmentation de la myéline, gonflement des cellules, des cylindraxes ; abondance des corps granuleux, etc. ; dégénérescence secondaire des fibres interrompues dans le sens de leur direction ;

4° *Période de réaction inflammatoire.* — Les vaso-vasorum se développent pour suppléer les vaisseaux oblitérés, le tissu conjonctif et la névroglie entrent en activité et remplacent le parenchyme nerveux ;

5° *Période de sclérose.* — La sclérose cicatricielle est l'aboutissant de la réaction inflammatoire de la phase précédente. La lésion est désormais incurable et les symptômes sont ceux d'une paraplégie spasmodique passée à l'état chronique.

On voit par ce court tableau que le ramollissement syphilitique médullaire peut-être rapproché du ramollissement cérébral et procède, comme celui-ci, de lésions vasculaires primitives. Il s'en distingue, dans la suite du processus, par l'absence de ces pertes de substance qui succèdent aux foyers de nécrobiose cérébrale et par la nouvelle activité circulatoire des territoires ramollis, par cette réaction inflammatoire du tissu conjonctif et de la névroglie qui aboutit à la sclérose cicatricielle.

— Mentionnons, avec M. Charrin, des recherches de MM. A. Ruffer et Plimmer (de Londres) sur les parasites du cancer. Quel que soit le siège du cancer, sein, foie, utérus, peau, etc., les auteurs ont constamment trouvé, dans le noyau ou le protoplasma de la cellule cancéreuse, des protozoaires dont ils ont cherché à déterminer les caractères. Ces études, d'ailleurs fort intéressantes, en réclament d'autres pour en contrôler et en vérifier les résultats.

— Après les Congrès français dont nous avons parlé dans notre dernier bulletin, les Congrès étrangers. Du 12 au 15 avril se sont tenus à Wiesbaden, le 12e Congrès de médecine interne, et à Berlin le 22e Congrès de la Société allemande de chirurgie. Nous ne saurions donner un aperçu général de ces deux congrès dans lesquels, comme ordre et comme sujets, les communications sont généralement laissées à l'initiative des auteurs. Les plus importantes seront analysées dans la *Revue Générale de médecine, de chirurgie et d'obstétrique.* Nous signalerons toutefois une longue discussion sur le choléra, qui a rempli la première séance du Congrès de médecine interne, et dans laquelle ont été posées, examinées et débattues, mais non résolues la plupart des questions de pathogénie, de bactériologie, d'anatomie pathologique, de prophylaxie et de traitement qui, sous la menace d'une reviviscence possible de l'épidémie de l'an dernier, ont conservé tout leur intérêt d'actualité.

Dr F. de Ranse.

INDEX DE THERAPEUTIQUE

Du traitement de la blennorrhagie par le copahivate de soude. — Depuis quelques années le copahivate de soude est employé en France, avec un grand succès, dans le traitement de la blennorrhagie à toutes ses périodes.

Nous nous proposons, dans cet article, de préciser dans un aperçu sommaire les avantages de cette médication.

On sait que les substances résineuses, telles que la térébenthine, le copahu, etc., ne sont pas absorbées par la muqueuse stomacale, et que cette absorption ne peut avoir lieu que dans l'intestin grêle, après la transformation de la substance résineuse en résinate alcalin, à la faveur de l'alcali libre de l'intestin grêle.

En ce qui concerne le traitement de la blennorrhagie, nous n'avons qu'à nous occuper de la partie résineuse du copahu, car c'est cette partie résineuse seule qui est efficace contre l'inflammation des voies urinaires.

Mais si l'on administre le baume de copahu à l'état naturel, une très faible partie seulement de la résine est absorbée, et l'autre partie est entraînée avec les fèces. Il en résulte qu'il faut souvent donner des doses très élevées du médicament pour en obtenir les effets attendus.

Frappés de cet inconvénient, les Drs Raquin et Fumouze ont imaginé de débarrasser le copahu de son essence et de combiner la résine de copahu à la soude, de manière à constituer artificiellement un médicament physiologique, qui est la représentation exacte du baume de copahu, moins l'essence, en état de combinaison avec les alcalis du tube digestif ; le copahivate de soude est, en un mot, du copahu tout digéré, *tout prêt à être absorbé tel quel* par les vaisseaux de l'intestin grêle ; sous cette forme, le copahu est entièrement absorbé, toute sa substance est utilisée.

Il en résulte que le copahivate de soude, à des doses peu élevées, est tout aussi efficace que le copahu à hautes doses, puisque la totalité des doses de copahivate de soude est absorbée, tandis qu'après l'administration du copahu en nature une grande partie du baume traverse tout l'intestin sans être absorbé.

Cependant, pour que les choses se passent ainsi, il est nécessaire que le copahivate de soude ne soit pas décomposé dans le suc gastrique, qui s'emparerait de la soude et précipiterait la résine insoluble du copahu.

On obtient ce résultat en administrant le copahivate de soude sous forme de capsules a enveloppe *de gluten*, qui ont la propriété de ne pas se crever *dans l'estomac et d'y maintenir le médicament intact* jusqu'à ce qu'il arrive au duodénum.

Le copahivate de soude présente un autre avantage. N'ayant pas d'odeur, il n'en communique aucune aux urines, à l'haleine ou aux sueurs, pour la plus grande tranquillité des malades.

A la dose de 6 à 12 capsules de Raquin, par jour, le copahivate de soude s'est toujours montré très efficace à toutes les périodes de la maladie. Néanmoins, il est passible des mêmes contre-indications que tous les autres anti-blennorrhagiques, et, lorsque les phénomènes inflammatoires sont trop accentués, il y a lieu de recourir en même temps aux antiphlogistiques.

Le copahivate de soude en injections a donné également de très bons résultats ; c'est certainement l'une des injections les plus efficaces que les médecins puissent employer.

N.-B. — Les médecins qui désirent expérimenter ce médi-

ment en recevront gratuitement des échantillons en s'adressant au Dr Fumouze-Albespeyres, 75, faubourg Saint-Denis, Paris.

NOTES ET INFORMATIONS

Comité consultatif d'hygiène. — *Séance du 17 avril.* — M. Henri Monod, directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques, a lu un rapport sur les mesures prises par son administration pour enrayer la marche du typhus. C'est un nommé Jean, arrivé de Lille, où il a séjourné à la prison centrale, qui a apporté la maladie à Paris. Cet individu est entré au moment même où on le recherchait activement à Paris dans le service du Dr Netter.

Le Dr Napias a recherché de quelle façon le fléau, qui n'avait pas sévi en France depuis 1815, qui est par conséquent inconnu de la génération actuelle de médecins, avait pu pénétrer à la prison de Lille et à l'hôpital Saint-Sauveur de cette ville. Il est arrivé à savoir que c'est un individu du nom de Ghys, qui avait passé plusieurs nuits dans l'asile de nuit établi à Amiens par un abbé X..., qui avait transmis la maladie à quelques pensionnaires de la prison de Lille.

L'asile de nuit d'Amiens, foyer du typhus, a été fermé par ordre de l'administration.

Le Comité s'est également occupé de la situation sanitaire de Lorient, de Vannes et de différentes communes de Bretagne où le choléra s'est déclaré. La situation s'améliore chaque jour. Le docteur Toinot est allé organiser un service sanitaire à Lorient et ce matin un envoyé du Comité est parti pour Vannes, où il prendra les mesures nécessaires.

Le Comité a enfin entendu MM. Brouardel et Proust, de retour depuis dimanche soir de Dresde, où ils ont représenté la France, à la conférence internationale sanitaire, qui a émis un vœu auquel ont adhéré les délégués d'Allemagne, d'Autriche, de Russie, de Suisse et de différentes autres grandes puissances européennes, tendant à voir substituer, à la quarantaine actuellement en vigueur en temps d'épidémie, la visite sanitaire à bord, le passeport sanitaire, la visite médicale à bord et d'autres mesures déjà introduites en France.

D'après MM. Brouardel et Proust, on peut prévoir, dans un temps rapproché, l'application de cette réforme, qui aura pour résultat de ne pas jeter le trouble dans le commerce des nations.

La conférence sanitaire internationale de Dresde. — Les questions traitées à la conférence ont porté sur quatre points principaux :

1° La notification des premiers foyers de choléra ;

2° Les mesures à prendre sur les voies de terre ;

3° Les mesures fluviales et maritimes ;

4° Les mesures spéciales au Danube pour les bateaux venant d'un port contaminé et remontant ce fleuve.

Les gouvernements se sont engagés à notifier aux Etats contractants, toute apparition de foyer de choléra sur leur territoire ; ils déclareront et préciseront le lieu et la limite de l'invasion ainsi que les mesures qu'ils auront ordonnées.

La conférence a spécialement stipulé que les nations étrangères ne pourront prendre des mesures que contre les provenances de la circonscription contaminée, et non contre l'ensemble du pays auquel cette circonscription appartient.

Les prohibitions ne porteront que sur les objets capables de transmettre la maladie ; ces objets réputés dangereux ont été nominativement énumérés.

Les mesures prescrites à la frontière de terre par un gouvernement pour se protéger contre son voisin sont fondées sur la visite médicale, la désinfection du linge sale, le passeport sanitaire et la surveillance dans le pays même où se rend le voyageur pendant le temps qui correspond à l'incubation du choléra.

La prophylaxie maritime est basée sur les mêmes principes. C'est la fin des quarantaines dites d'observation ; les passagers ne seront isolés et débarqués que lorsqu'il y aura du choléra à bord ou qu'il y en aura en les sept derniers jours. Des mesures spéciales seront prises pour les navires réputés dangereux sous le rapport de l'hygiène ; les navires d'émigrants, etc, etc.

Relativement à la question du Danube, des mesures provisoires ont été établies jusqu'à ce que la ville de Soulina soit pourvue d'eau potable.

Le Congrès, avant de se séparer, a décidé de se réunir ultérieurement, — dans une ville dont il laisse la désignation au choix du gouvernement français, — pour régler certains points des questions orientales : pèlerinage de la Mecque, prophylaxie à instituer sur les bords du golfe Persique, etc., etc.

Statistique des cas de typhus et des chiffre de décès au 15 avril. — M. Napias, comme annexe à son rapport, a relevé le nombre des cas de typhus observés jusqu'au 15 avril dans les différents foyers ainsi que le chiffre des décès causés par l'épidémie. Cette statistique se décompose de la manière suivante :

Paris (y compris Nanterre)	85 cas,	32 décès.
Lille	39 —	12 —
Amiens	93 —	35 —
Abbeville	33 —	6 —
Saint-Riquier (Somme)	6 —	1 —
Beauvais	20 —	5 —
Pontoise	20 —	3 —
Mantes	1 —	1 —
Versailles	3 —	0 —
Poissy	3 —	0 —
	303	95

On voit par ces chiffres que la mortalité est considérable : elle dépasse 31 0/0.

NOUVELLES

Nécrologie. — M. Marrotte

M. MARROTTE (Joseph-Adolphe) qui vient de mourir à Paris, le 7 novembre 1888 à l'âge de 84 ans, était l'un des derniers représentants de l'ancienne école vitaliste, mais c'était un clinicien consciencieux pour lequel l'observation au lit du malade était tout.

Né à Versailles le 7 novembre 1808, il avait fait toutes ses études médicales à Paris, et il était interne de la promotion de 1830 qui, aujourd'hui, doit compter peu de survivants. Premier prix de l'Ecole pratique en 1832, médecin du Bureau central en 1842, il a pris sa retraite à l'hôpital de la Pitié le 1er janvier 1874, et à été nommé médecin honoraire. Doué de grandes qualités d'observation, clinicien très consciencieux, on lui doit des mémoires intéressants sur *L'inanition ou effets de l'abstinence prolongée et le régime*, dans les maladies aiguës (1854-1859); la *Paracentèse du thorax* (1854-1864); des considérations sur *L'érysipèle et son traitement* (1861); *Du mode d'action de la vératrine* dans le traitement du rhumatisme articu-

laire (1853); *De la fièvre synoque* péripneumonique (1855); sur *Les névralgies périodiques* (1852); sur *L'emploi du chlorhydrate d'ammoniaque* (1891); *Accidents toxiques* causés par l'éther phosphoré (1870). Il a fait à l'Académie de médecine, dont il était membre depuis 1868, un certain nombre de communications et de rapports insérés dans le bulletin de la compagnie. — D'une grande bienveillance, très dévoué à ses malades et d'une probité professionnelle de plus en plus rare, M. Marrotte sera regretté de tous ceux qui l'ont connu. Il avait défendu les discours et les honneurs auxquels il avait droit et, ne laissant qu'une sœur fort âgée, il lègue, dit-on, après la mort de celle-ci, sa fortune aux vieux et fidèles serviteurs qui depuis longtemps le soignaient avec dévouement.

Dr A. Dureau.

— Samedi dernier ont eu lieu les obsèques de notre regretté confrère et ancien collègue de l'ambulance du Luxembourg pendant la guerre, le docteur Danet. M. Bardet, au nom de la Société de médecine et de chirurgie pratiques, M. Lefèvre, au nom de ses compatriotes de Morlaix, M. Brochin, au nom des anciens médecins de l'ambulance du Luxembourg, lui ont adressé, sur les bords de la tombe, le dernier adieu.

Danet était médecin en chef de l'ambulance du Luxembourg, qu'il avait contribué à organiser. Il montra un réel talent d'administrateur. Plus tard, sous la Commune et surtout pendant les journées de lutte entre l'armée régulière et les insurgés, il donna, en maintes occasions, des preuves d'une grande présence d'esprit et d'un véritable courage. On peut dire que c'est à lui que l'on doit la conservation du Palais du Luxembourg qui, sans son intervention, eût été, avec ses riches collections, livré au pillage et à l'incendie. Il sut encore, par son énergie, soutenu en cela par tous ses collègues, sauver la liberté et probablement la vie à 200 malades ou blessés destinés à devenir les otages sinon les victimes des soldats de la Commune. De pareils services font le plus grand honneur à Danet et méritaient d'être rappelés au moment où il nous a quittés pour toujours.

— Encore une victime du devoir professionnel M. Joseph Lallemand, externe à l'Hôtel-Dieu, a succombé au typhus exanthématique qu'il a contracté dans le service. Ses obsèques ont eu lieu mardi dernier aux frais de la ville de Paris.

Faculté de médecine de Paris. — M. le professeur Fournier commencera son cours des maladies syphilitiques et cutanées, à l'hôpital Saint-Louis le 21 avril à 10 heures, et le continuera les mardis et vendredis

MM. les Drs Aviraguet, chef de clinique, et Pierre Boulloche, chef adjoint, recommenceront une seconde série de conférences de clinique et de thérapeutique infantiles, à l'hôpital des Enfants-Malades, le lundi 17 avril, à 5 heures du soir.

Facultés et Ecoles des départements. — *Faculté de médecine de Nancy.* — Par arrêté en date du 17 avril, la chaire d'anatomie descriptive est déclarée vacante. Un délai de vingt jours, à dater de la présente publication, est accordée aux candidats pour produire leurs titres.

École de médecine de Limoges. — Par arrêté en date du 15 avril, un concours s'ouvrira le 7 novembre devant la Faculté de médecine de Bordeaux pour l'emploi de suppléant des chaires de physique et de chimie à cette école. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture du dit concours.

École de médecine de Rouen. — Par arrêté de même date, un concours s'ouvrira le 7 novembre 1893, devant la Faculté de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales à cette école.

Hôpital d'Oran. — Il y a deux places d'interne vacantes à cet hôpital. Traitement de début 1.100, avec logement, nourriture, chauffage et éclairage. Les candidats doivent être pourvus de 16 inscriptions de doctorat. S'adresser au directeur.

Commission des logements insalubres. — Cette Commission, dans sa séance du 17 avril, a approuvé 60 rapports concernant des cas d'insalubrité signalés dans divers immeubles.

Association des médecins du département de la Seine. — L'assemblée générale annuelle de cette Association aura lieu le dimanche 23 avril, à 2 heures très précises, dans le grand amphithéâtre de la Faculté, sous la présidence de M. Brouardel, président.

Ordre du jour :

1° Lecture du compte rendu de l'année 1892 par le secrétaire général ;

2° Election d'un président et de deux vice-présidents ;

(Candidats proposés aux suffrages de l'Assemblée par la Commission générale : Président, M. Brouardel ; vice-présidents, MM. Blanche et Guyon.)

3° Tirage au sort des membres titulaires de la commission générale et des suppléants qui doivent entrer en fonctions.

Hôpital Laennec. — Cours de médecine pratique. — Le Dr Landouzy, professeur agrégé de la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital Laënnec, y commencera le jeudi 27 avril un cours de médecine pratique.

Le jeudi : Dr Landouzy, 10 heures, leçon à l'amphithéâtre (clinique).

Le vendredi : Dr Queyrat, 10 heures, leçon à l'amphithéâtre (microbiologie clinique).

Le samedi : Dr Claisse, 10 heures, leçon à l'amphithéâtre (séméiotique).

Le lundi : Dr Queyrat, 10 heures, leçon à l'amphithéâtre (microbiologie clinique).

Le mardi, 10 heures ; consultation ; le mercredi, 9 h. 1/4 ; examen des malades.

Le lundi et le vendredi : Dr Queyrat, 2 heures, exercices pratiques de bactérioscopie appliquée au diagnostic des maladies communes (diphtérie, tuberculose, fièvre typhoïde, pneumonie, charbon, tétanos, etc., etc.).

Le cours complet durera deux mois ; pour les exercices pratiques de microbiologie au laboratoire, les places étant limitées s'inscrire d'avance au laboratoire le matin, de 9 heures à 10 heures.

Ville de Paris. — *Enseignement populaire supérieur ; cours d'hygiène sociale*, par M. le Dr A.-J. Martin. La conférence pratique de dimanche 23 avril 1893, aura lieu à la verrerie de MM. Appert, à Clichy ; départ, gare Saint-Lazare, 9 h. 20, pour la station de Clichy-Levallois.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU 9 AU 15 AVRIL 1893

Fièvre typh., 9. — Typhus, 6. — Variole, 4. — Rougeole, 19. — Scarlatine, 5. — Coqueluche, 26. — Diphtérie, croup, 32. — Grippe, 56. — Affections cholériformes, 0. — Phtisie pulmonaire, 247. — Méningite tuberculeuse, 19. — Autres tuberculoses, 13. — Tumeurs cancéreuses et autres, 54. — Méningite, 32 — Congestion et hémorrhagie cérébrale, 54 — Paralysie, 10. — Ramollissement cérébral, 13. — Maladies organiques du cœur, 98. — Bronchite aiguë et chronique, 106. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 326. — Autres affections de l'appareil respiratoire, 116. — Gastro-entérite des enfants : sein, biberon et autres, 59. — Fièvre et péritonite puerpérales, 4. — Autres affections puerpérales 0. — Débilité congénitale, 31. — Sénilité, 53. — Suicides, 39. — Autres morts violentes, 13. — Autres causes de mort, 164. — Causes inconnues, 9. — Total : 1622.

Le Rédacteur en chef et gérant : P. de Ranse

Paris. — Typ. A. Davy, 52, rue Madame. — *Téléphone.*

64e ANNÉE. 8e SÉRIE. TOME II — N° 17 — 29 AVRIL 1893

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Rédacteur en chef : M. le Dr F. DE RANSE

Comité de Rédaction : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN
J. ARNOULD (de Lille), P. FABRE (de Commentry), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon)

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, avenue Montaigne (Rond-Point des Champs-Élysées)

CLINIQUE CHIRURGICALE

STATISTIQUE ET OBSERVATIONS DE CHIRURGIE HOSPITALIÈRE,

Par le Dr POLLAILLON,

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu, professeur agrégé à la Faculté, Membre de l'Académie de médecine.

(Suite) (1).

Affections organiques.

X. — *Abcès chauds.*

154 abcès { 140 hommes, 140 guérisons / 14 femmes, 14 guérisons } 0 mort.

Ces abcès ont eu pour siège	le pied droit	70 fois.
—	le pied gauche	55 —
—	les deux pieds	6 —
—	côté du pied indéterminé	23 —

Ils se sont rencontrés 34 fois aux orteils.
— 42 fois à la face dorsale.
— 67 fois à la face plantaire, et parmi ceux-ci 22 fois au talon.
— 11 fois siège indéterminé.

Les abcès ouverts spontanément ont été au nombre de 15.

139 abcès ont été incisés par le histouri, avec ou sans l'abrasion de l'épiderme.

Après l'incision, le foyer de l'abcès a toujours été lavé avec une solution phéniquée ou avec une solution au sublimé, puis pansé avec des compresses antiseptiques, humides le plus souvent.

Les accidents consécutifs ont été très rares. Je n'ai noté que 6 angéioleucites consécutives et 1 cas de sphacèle de la peau au voisinage de l'incision.

La guérison a toujours été prompte. La durée moyenne du traitement a été de huit jours.

64 abcès ont été guéris dans l'espace de	1 à 5 jours.		
51	—	de 5 à 10	—
21	—	de 10 à 15	—
13	—	au-dessus de 15	—

(1) Voir la *Gazette médicale*, n° 13, 14 et 15, 1893.

XI. — *Mal perforant.*

90 cas { 83 hommes { 25 opérés / 58 sans opération } 0 mort / 1 — ; 7 femmes { 3 opérés / 4 sans opération } 0 — }

On voit par les chiffres précédents combien les femmes sont moins prédisposées au mal perforant. Si les hommes en sont plus souvent atteints, ils le doivent à leurs chaussures plus défectueuses et plus dures, à l'obligation où ils se trouvent de marcher et de rester debout pendant l'exercice de professions plus pénibles, à l'absence des soins de propreté.

L'âge a une influence non moins significative :

De 20 à 30 ans j'ai compté		2 cas.
De 30 à 40	—	20 —
De 40 à 50	—	38 —
De 50 à 60	—	19 —
De 60 à 70	—	10 —
Au-dessus de 70		1 —

L'ataxie m'a paru être la cause la plus fréquente. Viennent ensuite les lésions traumatiques du nerf sciatique (obs. 18) ou de la moelle, puis la présence d'un durillon négligé ou mal soigné. La glycosurie n'a été que très rarement signalée.

OBS. 18. — Le nommé L... (Victor), âgé de 41 ans, mécanicien, a été soigné en 1882 par mon ami le Dr Charpentier, médecin de Bicêtre, pour une paralysie de la jambe et du pied droits survenue à la suite d'une injection sous-cutanée d'éther poussée maladroitement dans le tissu du nerf sciatique. (Voir l'observation publiée in *Bulletin de la Société de médecine de Paris*, novembre 1883, p. 212.) Les muscles de la jambe et du pied s'étaient atrophiés et les téguments du pied étaient devenus insensibles.

En 1884, L... (Victor) vint me trouver pour un mal perforant, qui s'était formé à la face plantaire du gros orteil droit. L'épiderme fut abrasé et des pansements à l'iodoforme furent appliqués. Après un traitement de trois mois et vingt-cinq jours, le mal plantaire était seulement amélioré.

L... (Victor) rentra dans le service en 1885. Il y séjourna plus d'un mois et sortit encore sans être guéri. Il s'agissait, chez ce malade, d'un trouble trophique par lésion du nerf sciatique, trouble dont le pronostic était grave, au point de vue d'une guérison du mal perforant et de la paralysie musculaire et cutanée.

Le mal perforant a siégé aussi souvent au pied droit qu'au pied gauche.

Les parties du pied, qui sont le plus souvent atteintes, sont :

Le gros orteil ou la tête du 1er métatarsien	49 fois.
La plante du pied	11 —
Le 5e orteil ou la tête du 5e métatarsien	7 —
Le talon	6 —
Le 2e orteil	2 —
Le gros orteil et le petit orteil à la fois	1 —
Les 2 pieds (le plus souvent les 2 gros orteils)	12 —

Dans 33 cas, le mal perforant avait pénétré jusqu'aux os, produisant une ostéite suppurée ou une ostéo-arthrite avec ouverture de l'articulation. La plupart de ces cas ont nécessité des opérations de nature diverse :

3 cautérisations profondes	3	guérisons
2 dissection et ablation des tissus	2	—
1 grattage	1	—
14 amputations d'orteil dans la continuité	14	—
3 désarticulations d'orteils	3	—
4 amputations dans la continuité d'un métatarsien	4	—
1 désarticulation du 1er métatarsien	1	—

Les 62 malades, qui n'ont pas subi d'opérations, ont été pansés, après l'abrasion de l'épiderme induré qui entourait la plaie, soit avec des compresses phéniquées ou sublimées, soit avec des compresses iodoformées.

23 malades ont été guéris ; 27 améliorés ; 12 sont sortis dans le même état ; 1 est mort (obs. 19).

Obs. 19. — Ce décès se rapporte à un homme de 65 ans, M... (Pierre), serrurier, entré à la Pitié en 1888. Il était atteint d'une glycosurie abondante et d'un anthrax grave. Il portait aussi, au gros orteil gauche, un mal perforant, qui n'était qu'une lésion bien accessoire et pour laquelle on ne fit aucun traitement. Il séjourna trente et un jours à l'hôpital, au bout desquels il mourut de coma diabétique.

J'ai observé 9 cas de récidive du mal perforant, soit dans le même point, soit dans un point voisin, soit sur le pied du côté opposé.

La durée moyenne du traitement sans opération a été de vingt-deux jours dans les cas suivis de guérison; et de vingt-neuf jours dans les cas où il y a eu seulement amélioration.

XII. — *Plaies de nature tuberculeuse.*

3 cas { 1 homme, 1 guéri / 2 femmes, 2 guéries } 0 mort.

Je n'ai à signaler que le jeune âge de ces trois malades, 15 ans, 19 ans et 25 ans.

XIII. — *Affections syphilitiques.*

15 cas { 4 hommes, 4 guéris, 0 améliorés / 11 femmes, 7 guéries, 4 améliorées } 0 mort.

Sous le rapport de leur variété, ces affections, qui n'étaient admises et traitées qu'exceptionnellement dans le service, ont été:

7 plaques muqueuses ou rhagades entre les orteils.
2 ulcérations tertiaires.
1 ulcération phagédénique (obs. 20).
2 gommes.
3 ostéo-arthrites.

La durée moyenne du traitement des accidents syphilitiques précédents a été de vingt et un jours.

Obs. 20. — M... (Henriette), âgée de 16 ans, journalière, entre le 1er décembre 1880. Elle porte une plaie ulcérée de la plante du pied droit.

Il y a cinq mois et demi, cette jeune fille acheta des bottines de rencontre. Un clou de la semelle lui blessa la plante du pied droit. Il survint, au niveau de la piqûre, un bouton qui s'ulcéra peu à peu.

L'ulcération a les dimensions d'une pièce de cinq francs. Elle est arrondie, avec des bords taillés à pic. Son fond est grisâtre avec de très petits bourgeons. Elle présente tous les caractères d'une ulcération phagédénique.

On ne peut savoir de la malade si elle a eu d'autres manifestations de la syphilis. Actuellement, on n'en trouve d'autre signe qu'une exostose sur la crête du tibia du même côté.

Frictions mercurielles. Pansement de l'ulcère avec l'onguent gris. Iodure de potassium jusqu'à la dose de 2 grammes. Bains sulfureux.

Guérison de l'ulcère en trente-huit jours.

(A suivre.)

CLINIQUE CHIRURGICALE

TRAITEMENT RATIONNEL DE LA LUXATION ILIAQUE CONGÉNITALE DU FÉMUR

Selon la nouvelle méthode du

Dr A. Paci,

Professeur de pathologie et de clinique chirurgicales à l'Université Royale de Pise.

Traduit de l'italien par le Dr G. Farges.

(Suite et fin) (1)

Obs. XIV. — *Luxation iliaque congénitale du fémur gauche.* Annette M..., 8 ans 1/2, de Piacenza, est fille de parents sains. La mère eut 7 enfants, les grossesses furent toutes régulières et les accouchements normaux. Elle raconte que 5 de ses enfants sont sains et n'ont aucune imperfection physique; les deux filles (qui, par ordre de naissance sont les 3e et 4e), bien que n'ayant eu aucune maladie grave, ont l'aspect plus gracile que les autres ; et dès qu'elles commencèrent à marcher, les parents s'aperçurent d'une légère claudication, plus marquée chez la 3e que chez la petite Annette. Celle-ci fit ses premiers pas assez tôt et, dans le principe, ses parents ne virent aucun défaut; mais après peu de mois l'enfant commença à ne pas se bien soutenir sur le membre gauche, et, en même temps, elle inclinait le tronc sur le côté droit.

Comparant les deux membres, les parents, dans les premières années, ne virent pas de différence; mais elle devint manifeste un peu plus tard et la claudication et l'inclinaison du tronc augmentèrent.

Au mois d'août 1891, la petite fille se trouvant à Pise, je fus consulté. Je diagnostiquai la luxation iliaque commune congénitale du fémur gauche et conseillai la correction selon ma méthode. Elle fut acceptée.

État avant l'opération. — Enfant de constitution grêle ; masses musculaires régulières; pannicule adipeux peu abondant; peau et muqueuses pâles.

Dans la marche, un degré de claudication qui n'est pas très

(1) Voir la *Gazette médicale*, nos 12, 13 et 16, 1893.

grave, mais avec une inclinaison caractéristique du tronc. En position horizontale, le membre gauche apparaît moins nourri que le droit; la malléole interne de gauche est plus élevée de 4 centimètres qu'à droite; la rotule se trouve en un plan supérieur à celle de droite; la hanche gauche est saillante; le membre est en rotation interne et le genou en adduction.

En pressant à l'extérieur de l'artère fémorale gauche, on peut enfoncer profondément les doigts, tandis qu'à droite on trouve la résistance normale de la tête du fémur.

Le pli inguinal gauche est déformé. Lordose avec flèche de 2 cent. 5 millimètres.

Postérieurement, on observe la fesse gauche aplatie, hypotrophiée et son pli déformé et élevé.

Dans la fosse iliaque externe gauche on sent, par la palpation, la tumeur constituée par le grand trochanter et la tête fémorale. En fixant le bassin et en poussant en haut le membre gauche, la tête du fémur est rapprochée de 2 centimètres de la crete iliaque. Le bassin est tourné un peu en avant. Les mouvements d'abduction et de rotation externe sont très limités.

A la mensuration on note :

De l'épine iliaque antéro-supérieure au sommet de la malléole interne, à gauche, 56 cent. 1/2; à droite, 59 cent. 1/2.

Du sommet de la malléole externe au sommet du grand trochanter, à gauche 57 cent. 1/2; à droite 58 centimètres.

Le 29 mai, en présence du Dr Garneri, chirurgien principal de l'hôpital de Lucques, et de mes aides, les Drs G. Paci et Nannotti, je soumis la petite fille à la correction de sa difformité. Le résultat immédiat fut : disparition de la difformité de la hanche gauche; plis inguinal et fessier presque normaux; marge supérieure de la rotule et sommet de la malléole gauche, au même plan qu'à droite.

A l'extérieur de l'artère fémorale gauche, on ne peut plus enfoncer le doigt; on y trouve la résistance de la tête du fémur. Le grand trochanter gauche est descendu et presque au même niveau que le droit. La tête fémorale ne remonte plus sous les mouvements imprimés au membre gauche, mais reste fixe dans sa nouvelle position.

De l'épine iliaque antéro-supérieure au sommet de la malléole interne, à gauche, 58 cent. 1/2; à droite, 59 centimètres.

Du sommet du grand trochanter au sommet de la malléole externe, à gauche, 57 cent. 1/2; à droite, 58 centimètres.

L'appareil inamovible fut appliqué et ôté après soixante-quatre jours.

Le 26 juillet fut mis celui à extension avec poids de 6 kilogr. et, vingt jours après, l'examen donna les résultats suivants :

Sauf un léger degré d'hypotrophie du membre gauche, on ne peut noter de différence appréciable dans la longueur et la direction des membres. La nouvelle articulation permet à la petite fille de rester assise sur le lit sans aucune incommodité et tous ses mouvements sont normaux.

Les dernières mensurations ont donné :

De la crête iliaque au sommet du grand trochanter, à gauche, 7 centimètres; à droite, 6 cent. 1/2.

De l'épine iliaque antéro-supérieure au sommet de la malléole interne, à gauche, 58 cent. 1/2; à droite, 59 centimètres.

Du sommet du grand trochanter au sommet de la malléole externe, à gauche, 58 centimètres; à droite, 58 cent. 1/2.

Je suis heureux de rapporter brièvement un certain nombre de faits qui ont aussi confirmé l'efficacité de ma méthode entre les mains de plusieurs praticiens de l'orthopédie chirurgicale :

Le Dr P. Redard, en 1892, m'écrivait entre autres choses : « Je suis toujours extrêmement satisfait de votre procédé. »

Le Dr Annibal Nota, *chirurgien principal de l'hôpital de la Reine Marguerite, à Turin*, a traité 12 luxations congénitales, dont 5 bilatérales. Toujours bon résultat; quelques guérisons parfaites. Il souhaite que ma méthode se généralise.

Le Dr G. Regnoli a publié l'histoire d'une malade de Portoferraio dans laquelle il obtint un bon résultat, ainsi qu'en témoignent deux figures annexées, prises avant et après le traitement.

Le Dr Mario Motta, *professeur libre d'orthopédie chirurgicale à l'Université royale de Turin*, m'écrivait le 21 janvier 1891 combien il était satisfait des résultats obtenus sur 10 malades. Il s'arrêtait avec complaisance sur un cas très grave d'une jeune fille de 12 ans qui présentait un raccourcissement de 7 à 8 centimètres. Dans une première séance, sans chloroforme, il gagna 3 centimètres, avantage qui se maintint plusieurs jours, grâce à l'immobilisation; et dans une seconde expérience, avec anesthésie, il obtint une seconde diminution de raccourcissement d'environ 4 centimètres. Il présenta le sujet à l'Académie de médecine de Turin.

Plus tard, il m'annonça 5 autres bons résultats parmi lesquels 2 concernaient des luxations bilatérales.

Le Dr Rota, *directeur de l'Institut des rachitiques de Bergame*, avait, à la fin de 1891, expérimenté avec avantage ma méthode sur plusieurs malades, et, dans une de ses dernières relations, il s'exprime ainsi : « Les opérations de réduction de « la luxation congénitale du fémur, selon la méthode Paci, « sont au nombre de 10; 2 opérées sont absolument guéries, « ainsi que le confirme une année de scrupuleuse observation. « Dans les autres cas, le résultat fut complet, mais après « quatre mois d'immobilisation avec bandage plâtré et l'appareil de Volkmann, le membre se raccourcit de nouveau, « même après avoir fait marcher les opérés avec des béquilles, « la tête du fémur ayant perdu l'heureux appui que l'immobilisation continuelle lui avait procuré, bien que pendant « ce temps cette immobilité eût permis l'organisation de la « capsule et des ligaments en une véritable néarthrose. Néanmoins la claudication ne revint pas aussi accusée que primitivement et les malades, examinés après six mois, un an, « conservaient 1 centimètre et même 1 cent. 1/2 d'avantage. « Nos observations concordent avec celles faites à l'Institut « des rachitiques de Milan, tandis que les professeurs Paci et « Nota confirment avoir obtenu des résultats complets et permanents, tels que nous les avons obtenus nous-même sur « A... de Brescia, et B..., de Gazzaniga. »

Je dois ajouter que les observations faites à l'Institut des Rachitiques de Milan concernent seulement 4 malades opérés par moi, le 10 juin 1891, en présence des Drs Panzeri, Bernacchi, Prunelli, Motta, Oliva et autres. Je déclare que ces cas étaient des plus inadaptés qui se puissent comprendre pour l'application de ma méthode.

Je dis des plus inadaptés, parce qu'ils présentaient de telles rétractions musculaires et de telles altérations squelettiques, qu'ils mirent le chirurgien à une dure épreuve. Je dus user des plus grandes précautions dans les divers temps de l'opération qui ne demandèrent pas moins de vingt minutes pour chaque membre, afin d'éviter le danger

possible de fracturer le fémur. Je notai dès lors que les cas à moi présentés par mon ami Panzeri n'étaient certainement pas des plus opportuns pour faire voir les avantages de ma méthode; mais je fus heureux cependant d'avoir l'occasion de démontrer que, même dans les cas très difficiles, quelque amélioration pouvait s'ensuivre, toujours sans aucun danger pour le malade et *certainement* avec des résultats supérieurs à ceux de toute autre opération.

Le Prof. A. Ceci, *directeur de la clinique chirurgicale de l'Université Royale de Gênes*, a traité depuis seize mois une petite fille de neuf ans atteinte de luxation bilatérale congénitale de la hanche, avec plus grand raccourcissement à gauche, résultant d'atrophie du membre. La réduction fut faite en deux séances et le traitement consécutif soigneusement observé. Le Dr Ceci écrit: *Le résultat est excellent.*

Le Dr Olivà, *directeur de l'Institut des Rachitiques de Turin* m'écrivait, le 29 juillet 1892, que trois enfants étaient en traitement depuis quelques mois. Il s'abstient de tout jugement en attendant l'issue finale, mais il m'annonce que, dans l'un des cas, en comparant la hanche avec le moule en plâtre pris avant l'opération, il constate une évidente amélioration de forme.

Le Prof. Gallozzi, *directeur de la clinique chirurgicale de l'Université Royale de Naples* fut extrêmement aimable pour moi quand il assista à l'opération que j'exécutai sur Mlle N..., de Naples et pleinement satisfait, il approuva entièrement ma méthode.

Effectivement non seulement il en contrôla l'efficacité immédiate, mais encore, après cinq mois, il constata la bonne organisation de la néarthrose et la correction de tous les défauts préexistants.

Plus tard il a bien voulu m'informer que 5 très bons résultats ont été obtenus par lui.

Cet illustre maître, en présence d'un grand nombre de chirurgiens distingués, tant dans sa clinique de Jésus-Maria qu'à l'hôpital Lina, a expliqué avec une synthèse magistrale les points principaux de ma méthode et en a encouragé l'application comme pouvant apporter le plus grand avantage, dans tous les cas de luxation congénitale ou pathologique dans lesquels les altérations anatomo-pathologiques permettraient l'exécution des manœuvres de la dite méthode.

Le Dr G. Sorge, *chirurgien ordinaire des hôpitaux Jésus-Maria, Pellegrini et Lina*, m'a aussi rapporté un cas de luxation bilatérale pathologique dans lequel le résultat fut excellent. La guérison est demeurée stable depuis deux ans.

Le Dr Fioranni, *chirurgien principal du grand hôpital de Milan*, qui a spécialement étudié les luxations fémorales, a publié un cas de luxation pathologique réduite selon mon procédé. Sans m'étendre davantage, je citerai les paroles terminant son mémoire: « L'importance de ce cas démontre de « façon indiscutable que les logiques manœuvres de Paci se « prêtent très bien aussi à la réduction des luxations patho- « logiques. »

Enfin Post, à *Boston*, en opérant de la même manière, a obtenu aussi un bon résultat.

Pour abréger et m'en tenir uniquement à ce qui regarde le traitement de la luxation fémorale congénitale, je ne rapporterai pas les observations de 5 autres malades soignés par moi avec un très bon succès. Parmi ces cas étaient 3 luxations fémorales pathologiques et 2 luxations traumatiques anciennes.

De semblables faits me paraissent être plus que suffisants pour m'autoriser à affirmer l'efficacité pratique de ma méthode qui repose, avant tout, sur un principe scientifique indiscutablement vrai.

Néanmoins, très respectueux de la vraie critique, j'accepterais avec plaisir toute objection nouvelle qui pourrait aider à son perfectionnement et profiter ainsi à la science et à l'humanité.

REVUE DES JOURNAUX

I. — Communication préalable sur un nouveau parasite humain, par les Drs H. Miyake et J. Scriba. (*Berliner Klin. Wochenschrift*, 1893, n° 16, p. 374)

II. — Deux cas d'injection charbonneuse chez l'homme, avec remarques sur la virulence des bacilles charbonneux, par les Drs J. von Maximowitsch et A. W. Grigoriew. (*Eodem loco.* 1893, n° 16, p. 274.)

III. — Sur la manière de distinguer le bacille de la fièvre typhoïde du bacterium coli commune, par E. Ferati. (*Archiv für Hygiene*, t. XVI, 1892.)

IV. — Sur la bactériologie de la sécrétion vaginale, par le Dr Burguebu. (*Archiv für experiment. Pathologie und Pharmak.*, 1892, t. XXX, p. 463.)

I. — MM. Miyake et Scriba, de Tokio, ont été appelés à donner des soins à un Japonais, âgé de 37 ans, affecté d'une hématurie. Cet homme avait eu une première atteinte d'hématurie, d'une durée de quelques jours, à l'âge de 25 ans. Plus tard il avait eu une seconde atteinte, qui dura sept mois. Enfin sa troisième et dernière atteinte datait de sept mois, et il était devenu anémique au plus haut degré.

On soupçonna à cette hématurie une origine parasitaire, et on examina plus de 1.000 échantillons d'urines du malade, dans le but de découvrir le parasite présumé, M. Miyake finit effectivement par découvrir un acarien et des œufs; tous les parasites trouvés dans ces conditions étaient privés de vie. A en juger par les caractères présentés par les urines du malade, il y avait tout lieu de supposer que le parasite en question avait élu domicile dans les reins.

Le nouveau parasite, auquel les deux auteurs ont donné le nom de *néphrophages sanguinarius*, offre une grande ressemblance avec le *dermatocoptes communis*; mais il a des yeux épais, bien visibles. Le mâle mesure en longueur le quart du *sarcoptes hominis*; la femelle a une longueur presque égale; leur largeur n'est que le tiers de celle du sarcopte de l'homme. Les deux auteurs se proposent de publier ultérieurement des détails sur ce nouveau parasite, qu'ils considèrent comme la cause d'un grand nombre des hématuries et des fibrinuries qu'on observe dans les pays intertropicaux et dans le sud du Japon.

Le malade dont il a été question plus haut a été guéri en très peu de temps, par le repos au lit et l'administration d'une dose unique de seigle ergoté.

II. — MM. Maximowitsch et Grégoriew publient deux observations de maladie charbonneuse chez l'homme, dans lesquelles il y avait en cause une infection mixte. En effet, les

ensemencements faits avec des fragments de pulpe splénique ont donné des cultures du streptocoque pyogène et du staphylocoque pyogène doré. Ces mêmes ensemencements n'ont pas fait éclore de culture de bactéries charbonneuses. Par contre, sur des coupes de différents organes, foie, reins, etc., l'examen histologique a fait constater la présence simultanée des microcoques pyogènes et des bacilles charbonneux, comme s'il existait une sorte d'antagonisme entre les uns et les autres. C'est cet antagonisme qui explique sans doute pourquoi l'inoculation à des lapins de la pulpe splénique des deux malades n'a pas déterminé l'éclosion de la maladie charbonneuse. A ce propos, l'auteur a rappelé les travaux d'Emmerich et de Pawlowski, qui démontrent l'antagonisme entre les bacilles charbonneux et les staphylocoques pyogènes.

A propos de ces deux faits, les deux auteurs ont insisté sur ceque l'aptitude des bacilles charbonneux à former des cultures, et la virulence de ces bacilles sont loin de marcher parallèlement. Ainsi, M. Maximowitsch a fait une expérience consistant à ajouter à 1.000 parties de bouillon de culture 0,3 de naphtol α et 0,6 de naphtol β; un pareil bouillon, injecté à un animal après quinze, vingt minutes de contact, déterminait la mort, tandis qu'on ne pouvait plus obtenir de culture; pour que les bacilles et leurs spores soient complètement anéantis, il faut qu'ils séjournent pendant cinq, six jours dans le bouillon naphtolisé.

Une autre expérience a consisté à prendre une culture charbonneuse très virulente, contenant beaucoup de spores et âgée de 24 heures, à la diluer dans 10 cc. de bouillon, et à ajouter au tout 1,1 p. 1000 de napthtol α. Au bout de vingt-quatre heures, les bacilles charbonneux et leurs spores, sans présenter de modification extérieure de leur structure microscopique, avaient complètement perdu leur virulence.

Il s'est fait voir aussi que des cultures charbonneuses atténuées dans leur virulence par l'addition de naphtol α (2 p. 1.000), et injectées, après quinze minutes de contact, à des lapins, ne rendaient pas ces animaux réfractaires au charbon. Les auteurs concluent finalement que l'atténuation de la virulence des bacilles charbonneux, dans les deux faits cliniques rapportés par eux, devait dépendre de la lutte antagoniste qui s'est établie entre ces bacilles et les microbes pyogènes.

III. — Une opinion encore très controversée, et qui s'est fait jour en France, est celle qui représente comme identiques le bacille de la fièvre typhoïde et le *bacterium coli commune*. M. Ferrati a entrepris des recherches destinées à élucider cette question. Il est arrivé à cette conclusion que les deux microbes en question sont doués des mêmes mouvements et munis des mêmes prolongements en forme de fouet; que, par contre, le bacterium coli commune se développe avec plus d'exubérance sur des tranches de pommes de terre acidifiées, que ses cultures répandent une odeur fétide très prononcée, enfin qu'elles sont douées d'une aptitude plus grande à provoquer des fermentations.

Voilà évidemment des caractères d'une valeur très discutable.

IV. — M. Burgubru a fait l'examen bactériologique de la sécrétion vaginale de 12 femmes enceintes, qui n'avaient subi aucune exploration manuelle. Les produits de sécrétion, recueillis avec toutes les précautions exigibles pour ce genre de recherches, ont été ensemencés sur des plaques de gélatine et d'agar.

Dans ces conditions, l'auteur a vu éclore, indépendamment de différents saprophytes, le staphylocoque pyogène blanc, dans 2 cas, et un streptocoque dans un autre cas.

La virulence des staphylocoques a été mise en lumière par des inoculations de cultures pures dans la chambre antérieure ou dans le corps vitré de lapins. Ces injections ont provoqué la suppuration, d'une façon constante. Avec les cultures du streptocoque, le résultat des inoculations a toujours été négatif.

E. Ricklin.

VIIe CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

(VIIe SESSION)

(Suite) (1)

Chirurgie des membres. — M. Loyson partage l'opinion de M. Ollier: la résection de l'astragale est l'opération de choix, l'amputation est une opération de nécessité. Cette dernière ne doit se pratiquer que dans certaines circonstances, chez les malades âgés, lorsqu'il y a un mauvais état général ou des lésions très étendues. Il fait cette remarque intéressante au point de vue de l'astragalectomie; le résultat est d'autant plus favorable que la suppuration a duré plus longtemps, c'est-à-dire que les plaies sont restées béantes le plus longtemps possible. Le pus qui s'écoule de ces plaies n'est d'ailleurs pas virulent, ainsi que l'ont montré à M. Loyson des expériences de laboratoire; en effet, de tous les lapins qui ont été inoculés avec ce pus, un seul est mort au huitième jour, avec embolies dans le poumon, mais sans trace de bacilles de Koch.

M. Audry signale quelques faits nouveaux. Il va à l'encontre de l'opinion des classiques qui disent que, après dix ans écoulés, on ne retrouve plus les malades frappés d'ostéoarthrite tuberculeuse; ils ont succombé. Au contraire, d'après les 120 observations suivies, pendant un espace de temps variant de deux à trente ans, à la clinique de Lyon, il résulterait qu'il y a, pour la récidive des tuberculoses chirurgicales, une loi de décroissance et que, lorsque la première et la deuxième année ont été franchies, les chances de guérison définitive augmentent progressivement. Il y aurait là une loi analogue à la loi de Wolkmann, admise par la plupart des chirurgiens, en matière de néoplasmes malins et d'après laquelle les chances de récidive diminuent de la première à la troisième année, la guérison définitive étant généralement acquise à partir de ce dernier terme.

Enfin, M. Audry fait remarquer que sur 113 cas de tuberculose du pied à point de départ osseux qu'il a réunis, 29 se rapportent à l'astragale et 40 au calcanéum. Le calcanéum est donc le point de départ le plus fréquent du mal.

M. Reverdin a observé chez ses malades opérés par la tarsectomie postérieure, une tendance au varus, ce qui serait dû à l'ablation de l'astragale et non pas à la section des péroniers; en effet, la tendance s'est montrée dans des cas où ceux-ci n'avaient pas été sectionnés. Dans un cas, la méthode sclérogène a donné à M. Reverdin une amélioration considérable dans une arthrite suppurée.

M. Villar, pour une tuberculose étendue du pied, a extirpé l'astragale, le scaphoïde, le cuboïde, les trois cunéiformes, une portion du calcanéum et les cinq métatarsiens. Les lésions

(1) Voir *Gazette médicale*, nos 15 et 16, 1893.

(un pied gonflé, très volumineux, l'existence de cinq orifices fistuleux répartis sur les faces dorsale et plantaire, sur les bords interne et externe (antécédents tuberculeux personnels, pleurésie il y avait trois ans, abcès froid de la région costo-iliaque, il y avait deux ans) semblaient justifier l'amputation; mais la malade, une jeune fille, s'y était absolument opposée. A la suite de cette résection presque totale du tarse et du métatarse, les suites opératoires furent des plus simples; deux mois après l'opération, la malade pouvait quitter l'hôpital; les plaies étaient cicatrisées; l'opérée commençait à mettre le pied par terre; elle s'essayait à la marche; le pied était devenu solide. On peut en conclure que les tarsectomies étendues donnent quelquefois des résultats très encourageants, que des lésions relativement considérables du pied ne sont pas toujours justiciables de l'amputation et que l'on peut sans gêner complètement les fonctions du pied, enlever une grande partie du squelette tarso métatarsien.

Les indications relatives aux différents modes d'intervention dépendent, nous dit M. Poncet, d'une part de l'étendue et de la profondeur des lésions, et d'autre part, de l'âge des malades. S'il s'agit de lésions anciennes, diffuses, des os du tarse, l'amputation, à partir de 40 ans, est préférable à la tarsectomie; il peut en être de même entre 30 et 40 lorsque plusieurs os du tarse sont profondément atteints. De 15 à 30 ans, au contraire, l'amputation est rarement nécessaire et la résection est l'opération de choix; celle-ci devient l'indication absolue jusqu'à l'âge de 15 ans.

Nous rapportons presque intégralement la communication de M. Le Dentu sur les implantations d'os décalcifié dans le traitement des tuberculoses du pied. Dès 1864, M. Ollier avait imaginé de maintenir les moules périostiques au moyen de corps étrangers; mais il y avait renoncé parce que ces corps donnaient naissance à des suppurations trop abondantes. Il a repris cette idée avec l'antisepsie, mais, pour les affections tuberculeuses, il s'est toujours contenté de bourrer les gaines périostiques avec de la gaze iodoformée pour utiliser l'action modificatrice locale de l'iodoforme; il a vu se restaurer des calcanéums entiers chez des sujets jeunes. Dans quelques cas où il ne s'agissait pas de tuberculose, il s'est bien trouvé de catgut employé de la même façon.

M. Le Dentu s'est, dans ce but, servi de la méthode des implantations d'os décalcifié. Il rapporte un cas de tuberculose de l'extrémité inférieure du tibia, datant de dix ans au moins, avec fistules persistantes, et dans lequel il a mis à la place de l'extrémité inférieure du tibia un fragment d'os de veau décalcifié de 7 centim. de longueur; un os nouveau se produisit, moins long, mais solide. L'opéré marchait bien au bout de trois mois.

Chez une jeune fille de 21 ans, atteinte de lésions très étendues du calcanéum, de l'astragale et de plusieurs autres os du tarse, et pour laquelle on avait songé à l'amputation, M. Le Dentu pratiqua l'extirpation totale du calcanéum, de l'astragale et du scaphoïde et abrasa la face postérieure du cuboïde et des cunéiformes; puis, il plaça deux gros fragments d'os décalcifié au niveau de la partie antérieure du tarse et un autre gros fragment de plusieurs centimètres de longueur dans la direction normale du calcanéum, de façon à essayer de reconstituer un véritable talon; après grattage des parties molles, il fit les sutures, en laissant un drainage s'établir. Quatre mois plus tard, la plaie était complètement guérie et la malade marchait avec un appareil silicaté. Actuellement, vingt-deux mois après l'opération, le pied est solide et le fonctionnement de la nouvelle articulation tibio-tarsienne est très satisfaisant.

A coté des différentes méthodes conservatrices qui ont été exposées au Congrès, M. Verneuil a tenu à rappeler les bons effets qui peuvent être obtenus par la méthode du chauffage périphérique.

— M. Potherat a lu une note sur *l'amputation du pied* par le procédé de Syme. C'est un excellent procédé, si l'on fait attention de ne couper l'artère tibiale qu'au-delà de la naissance des deux plantaires. M. Ollier pense de même, mais il conseille d'opérer au détache-tendon au lieu d'employer le bistouri.

M. Ménard pense qu'il y a utilité de conserver, quand il s'agit d'opération touchant au *1er métatarsien* et à ses articulations, la partie antérieure de cet os: la résection simple de son extrémité postérieure est donc préférable à l'amputation totale. En effet, l'ablation de son extrémité antérieure entraîne une déviation du pied en valgus. Ce n'est, d'autre part, point l'avis de M. Delorme pour lequel la question porte sur la conservation désirable, dans les résections, des insertions des muscles.

— *Les accidents paralytiques de l'enfance*, chez des enfants de 8 à 14 ans laissent souvent à leur suite un pied bot valgus. M. Piéchaud est intervenu dans 3 cas de ce genre. Ce sont les muscles jambiers antérieurs et triceps sural qui, le plus souvent, présentent les lésions les plus marquées et contribuent surtout à entretenir la déviation. Pour combattre celle-ci, on doit donc s'adresser d'abord aux muscles quand ils ne sont pas trop atteints; l'électrisation du triceps sural peut amener alors une amélioration considérable.

Mais lorsque les muscles sont trop profondément altérés, M. Piéchaud a recours à l'arthrodèse médio-tarsienne.

— Le *traitement de la rétraction de l'aponévrose palmaire* par autoplastie est préconisé par M. Berger. La rétraction de l'aponévrose étant une inflammation diffuse à foyers disséminés, il est nécessaire d'enlever toutes les parties rétractées, y compris la peau qu'on doit alors remplacer par un lambeau de peau saine.

Une fois la peau disséquée, l'aponévrose coupée et les doigts redressés, M. Berger procède à l'autopsie par la méthode italienne à l'aide d'un lambeau pris sur l'hypochondre. Au bout de vingt et un jours, le pédicule du lambeau est sectionné. M. Berger a opéré de cette façon trois malades qui ont parfaitement guéri.

— M. Ménard nous a dit quelques mots sur la désarticulation de la hanche dans la *coxalgie* incurable. C'est par cette opération qu'il a rendu à la santé deux petits malades de Berck-sur-Mer. La désarticulation préserve la vie des sujets à une période où il est démontré que la résection n'a donné aucun résultat favorable. Dans les deux cas rapportés la hanche suppurait abondamment depuis plusieurs années, malgré diverses interventions; le fémur était atteint d'ostéomyélite sur une grande longueur, les urines étaient albumineuses et la mort paraissait inévitable. A la suite de la désarticulation qui a été bien supportée, la suppuration a été réduite à une fistulette se rendant à la cavité cotyloïde. L'état général n'a pas tardé à s'améliorer dans tous les désordres qui avaient été notés albuminuerie, etc.

M. Calot a fait de justes remarques sur la valeur de l'extension continue dans le traitement de la coxalgie ; non point cette extension relative, obtenue par l'action d'un corps pesant rivé au membre inférieur, et qui trompe dans ses effets définitifs parce qu'elle calme les douleurs ; mais une extension rigoureuse. Cette extension, la gouttière de Bonnet n'y arrive pas ; aussi a-t-on rejeté avec la gouttière, le principe même de la méthode de Bonnet, ce qui est une grosse erreur. Pour atteindre le but d'aussi près que possible, voici le moyen qu'emploie M. Calot. Un appareil plâtré très serré est appliqué sous le chloroforme, embrassant le thorax, l'abdomen et la totalité du membre inférieur malade. Ce mode de traitement, qui ne mérite pas les reproches qu'on lui a adressés et qui remplit les autres indications que soulève la thérapeutique de la coxalgie, mène à un excellent résultat orthopédique, tandis que le défaut de contention de la pointure ne saurait prévenir ni les attitudes vicieuses ni les subluxations.

— La cure opératoire des *luxations congénitales de la hanche* est une question actuellement pendante, et les nombreux faits publiés à l'étranger, ceux de MM. Vincent et Mollière, qui datent déjà de plusieurs années, l'observation récente de M. Denucé, d'autres encore qui sont inédites, ont mis en relief les différents aspects du problème, dont on ne saurait fournir encore de solution définitive.

En fait, depuis les sections musculaires sous-cutanées de J. Guérin, les tentatives opératoires, si nombreuses soient-elles, se rapportent à deux méthodes : décapitation de la tête fémorale, telle que l'ont pratiquée Rose, Reyher, Margary, Schüsler, Vincent et Mollière, etc... ; la réduction de la tête fémorale dans la cavité cotyloïde, agrandie et restaurée, après la section des muscles péritrochantériens ou des muscles longs de la cuisse et des adducteurs.

M. Lejars rapporte l'observation d'un garçon de 16 ans 1/2 atteint de luxation congénitale de la hanche qu'il a opéré suivant le principe suivant : il faut traiter les luxations congénitales anciennes comme les luxations traumatiques anciennes. Le procédé qui semble préférable est la résection modelante, opération économique qui abat la tête fémorale et arrondit le col, creuse le cotyle, réduit et reconstitue, par la suture en étages, une gaine musculo-fibreuse autour de l'articulation ; opération qui s'efforce de créer une bonne néarthrose dans le foyer de l'articulation normale.

Le malade que M. Lejars a ainsi traité a tiré de l'opération le plus grand bénéfice. Il y a seize mois actuellement que l'intervention a eu lieu. La pseudo-tête est bien dans la cavité cotyloïde ; le raccourcissement n'est que de 5 centimètres. L'opéré marche très bien sans gêne, sans aucune douleur ; il peut marcher durant plusieurs heures avec ou sans canne. Il se tient parfaitement sur le membre gauche (le côté atteint) etc., etc.

— Dans le *traitement des luxations anciennes de l'humérus*, Sir William Mac Cormack recommande l'incision et le replacement de la tête dans la cavité articulaire. Quand la luxation a été accompagnée d'une fracture de la tête humérale méconnue et vicieusement consolidée, Sir W. Mac Cormack préfère l'ablation immédiate de la tête humérale à l'arthrectomie suivie du replacement de la tête.

M. Pollosson, dans ces luxations anciennes, préconise d'autres part l'arthrectomie dont il présente 6 observations et qui a parfaitement réussi entre ses mains.

CHIRURGIE DU REIN ET DES VOIES URINAIRES. — M. Tuffier envisage les résultats éloignés de la chirurgie rénale d'après ses observations personnelles. La néphrorrhaphie a donné d'excellents résultats dans tous les cas où l'opération était bien indiquée, c'est-à-dire lorsqu'il n'existait ni entéroptose, ni déchéance de l'organisme et qu'il y avait luxation simple et non compliquée de l'organe. La néphrotomie donne de bons résultats toutes les fois qu'elle est précoce ; si elle est faite tardivement, l'infection s'est étendue à la loge périnéale et il y a danger de fistule.

Pour la néphrectomie, il faut considérer l'état général et l'état local. On sait qu'on peut vivre physiologiquement avec un seul rein, voilà pour l'état général ; au point de vue local, l'opération donne parfois des fistules. Mais celles-ci sont rares et n'existent que dans les néphrectomies pour suppuration ; elles se produisent soit par suite de la suppuration de la loge périnéale, soit par suite de l'inflammation et de la dilatation de l'uretère. Dans ce dernier cas, on peut, pour éviter les fistules, pratiquer l'ureterectomie à l'aide d'une incision prolongée jusque dans la région inguinale. Celle-ci permet de décoller le péritoine, d'atteindre et d'enlever l'uretère. Ce n'est pas seulement pour éviter les fistules que l'uretérectomie est indiquée, dit M. Reynier, mais aussi quand l'uretère continue à être douloureux.

— Dans un cas de *rétroversion rénale*, ayant déterminé un véritable étranglement du rein avec crises douloureuses fréquentes surtout au moment des règles, M. Albarran a pratiqué la néphrorrhaphie avec succès d'après le procédé de M. Guyon. A ce propos, il fait remarquer que l'état du rein constaté démontre que certains étranglements rénaux sont dus à l'hydronéphrose intermittente par coudure de l'uretère. Il s'élève en même temps contre la doctrine courante du laisser faire dans les accès d'étranglement rénal et pense qu'on doit d'abord essayer le taxis du rein. Le malade sera placé dans la position inclinée de Morand-Trendelenburg et l'on essayera la réduction du rein par des manœuvres douces ; au besoin, on donnera du chloroforme, et si, malgré la réduction les phénomènes s'aggravent, on aura recours à l'intervention opératoire dont voici les indications : néphrorrhaphie si le rein est sain et réductible, néphrotomie lors d'hydronéphrose permanente ou encore si le rein est infecté. Très rarement, la néphrectomie primitive pourrait être pratiquée si on était sûr que le rein du côté opposé fût sain, si le rein malade était très altéré et si en même temps l'état général permettait une opération de cette importance.

— M. Vigneron, à propos des *résultats de l'intervention chirurgicale dans la tuberculose vésicale* en arrive à cette conclusion que le curettage de la vessie avec taille hypogastrique et fistulisation de la vessie donne une amélioration, mais non une guérison. Pour les cas précoces, opérés de bonne heure, il est probable que les résultats seraient meilleurs.

M. Lavaux, parlant sur les *infections vésicales, secondaires* dans la cystite tuberculeuse, rappelle qu'on trouve alors dans l'urine divers microbes autres que le bacille de la tuberculose, surtout la bacterie urinaire, le bacterium coli commune. Comme ces infections jouent un rôle important dans la marche de la cystite tuberculeuse, il faut en débarrasser la cavité vésicale le plus tôt possible, à l'aide des injections intra-vésicales, sans sonde, d'une solution faible (de 1 0/00 à 1,50 0/00)

de nitrate d'argent suivant un procédé dont il donne l'indication. Le sublimé doit être rejeté dans ces cas.

— M. Jullien a eu l'occasion de pratiquer, il y a un an, une opération *d'ablation de la prostate par la voie sus-pubienne*. Il s'agissait d'un homme de 63 ans, porteur d'une prostate énorme et atteint de dyspnée absolue. Une incision transversale de 12 centim. fut pratiquée après introduction du ballon rectal et distension de la vessie; cet organe fut mis à nu par l'écartement des muscles droits et incisé transversalement. Au niveau du col, on percevait un gros lobe médian et deux lobes latéraux; après dissection de la muqueuse, chacun de ces lobes fut enlevé à l'aide d'une grosse pince coupante à emporte-pièce et l'hémorrhagie arrêtée par le thermocautère. Les extrémités latérales de l'incision pariétale et vésicale une fois suturées, le drainage fut établi. Les suites out été fort simples. Actuellement, la fonction urinaire se fait régulièrement par l'urèthre; il ne reste qu'une fistulette abdominale sans conséquence.

— M. Poucet insiste sur le indications et les résultats éloignés de l'*uréthrostomie périnéale*, consistant dans la création d'un méat contre nature au niveau de la région périnéale. Cette opération paraît devoir être appliquée surtout dans la pratique hospitalière, chez ces rétrécis qui sont si exposés aux récidives après l'uréthrotomie parce qu'ils ne peuvent le plus souvent s'astreindre au traitement consécutif prolongé indispensable pour prévenir le retour des accidents. Parmi les indications dépendant du rétrécissement même, il faut surtout placer celles qui résultent de la nature et de l'étendue du rétrécissement, ainsique de l'inefficacité des traitements antérieurs.

Cette opération d'uréthrostomie périnéale a trouvé son application dans 2 cas de tuberculose uréthrale où le canal se trouvait en quelque sorte réduit à la muqueuse noyée dans un tissu fongueux. Les malades ont guéri de leur tuberculose uréthrale. Ils urinent accroupis, et leur miction est facile. Quant au coït, il s'accomplit dans les conditions normales, à part la fécondation. Il faut ajouter que le méat contre nature a une grande tendance au rétrécissement et qu'il est bon de combattre cette tendance par le cathétérisme.

(A suivre.)

BIBLIOGRAPHIE

Accidents de la première dentition, par P. Poinsot, directeur de l'Ecole dentaire de Paris, dentiste de l'asile clinique Ste-Anne. (Société d'Éditions scientifiques, Paris, 1893.)

Ce petit livre semble avoir eu comme point de départ la discussion qui a eu lieu tout récemment à l'Académie de médecine sur les accidents dus à la dentition. L'auteur résume d'ailleurs tout au long cette discussion et rappelle les avis contradictoires de MM. Magitot et Pamard et l'opinion générale de l'Académie en faveur des appréciations de ce dernier. M. Poinsot déclare, dans son livre, qu'on peut difficilement nier les accidents locaux de la dernière phase de l'évolution dentaire correspondant à l'usure graduelle de la muqueuse.

« Un enfant bien portant, alerte n'ayant jamais présenté jusque là un seul phénomène capable d'inquiéter sa mère ou sa nourrice, subit tout à coup un changement que rien n'explique; il est agité, pleure plus qu'auparavant, pâlit; parfois, il a un peu de fièvre et une poussée d'herpès du côté des lèvres et des joues. Si l'on examine la bouche à ce moment, on reconnaît qu'une dent est sur le point de sortir; au voisinage, la muqueuse est plus rouge qu'ailleurs. Voilà ce qu'on voit tous les jours. Il est possible que ces accidents ne se reproduisent pas, mais dans la plupart des cas, on les constate à différentes reprises chez le même enfant et toujours dans des circonstances identiques.

« Ce n'est pas le début d'un affection générale ou éloignée, car, lorsque la dent est poussée, tout cesse. Deux conditions marchent de pair à tel point que quand l'une a disparu l'autre disparaît; est-on bien autorisé à supprimer en médecine toute indication causale et rayer du nombre des aphorismes celui dans lequel il est dit que la cause enlevée l'effet disparaît? Chez presque tous les enfants bien portants, à dentition normale, l'issue d'une dent est accompagnée d'un complexus symptomatique léger, constitué par des troubles locaux objectifs et des manifestations générales suffisantes pour attirer l'attention et donner des inquiétudes. Les mères se consolent en disant: « C'est une dent qui pousse; tout se passera quand elle sera sortie »; et neuf fois sur dix elles ont raison. »

Dans le chapitre V, M. Poinsot donne un aperçu intéressant sur l'influence du rachitisme sur la première dentition. Les os de la tête subissent une altération sous cette influence. Il en est de même des dents, le rachitisme modifiant l'évolution dentaire dans sa chronologie et sa régularité; en un mot il paraît bien établi que le rachitisme retentit sur les dents, qu'il retarde leur développement et modifie l'ordre et le temps de leur évolution.

Cette affection n'est pas la seule à laquelle on ait attribué une influence sur les dents. D'autres maladies générales et locales peuvent agir de même. Les stomatites aphteuses et ulcéro-membraneuses paraissent quelquefois hâter l'éruption des dents; il en est de même des fièvres éruptives, des maladies fébriles aiguës, des exanthèmes surtout. Ces affections auraient, pour Fleischmann, une double action: elles hâteraient l'éruption du groupe qui est sur le point d'arriver à l'extérieur; elles entraveraient la nutrition et retarderaient la sortie des autres.

Voici les conclusions générales par lesquelles l'auteur termine son livre:

« On ne peut pas dire que la question des accidents de la première dentition soit complètement résolue; cependant, il me paraît bien près d'être démontré:

1° Que ces accidents sont absolument nuls lorsque les dents poussent et sortent régulièrement à leur temps.

2° Qu'un retard et une irrégularité dans l'éruption est une manifestation d'une maladie intercurrente ayant apporté des troubles sérieux dans le développement des maxillaires et des germes dentaires; neuf fois sur dix, cette maladie est le rachitisme;

3° Les retards et les irrégularités consécutifs au rachitisme n'ont pas d'influence nosogène, lorsque les dents ne sont pas placées de telle sorte que les premières poussées entravent l'éruption des suivantes;

4° Si une dent, sur le point de sortir, est incarcérée entre deux autres poussées avant elle, elle peut produire une irritation locale sérieuse et des symptômes éloignés de différents ordres; les plus communs sont les accidents nerveux;

5° Dans ce cas, il est légitime et rationnel de frayer une voie à la dent, soit en enlevant une de celles qui s'opposent à sa sortie, soit en faisant une incision à la muqueuse;

6° La dentition est à peine modifiée dans sa marche par les maladies intercurrentes ; elles-mêmes ne modifient pas leur pronostic et ne les aggravent jamais. »

R. Faure-Miller.

BULLETIN

Le typhus exanthématique. — Sur la restitution fonctionnelle d'un nerf sectionné. — Les injections sous-cutanées de liquides organiques.

M. Proust a communiqué à l'*Académie de médecine* les résultats de l'enquête officielle sur l'épidémie de typhus exanthématique. Il paraît définitivement démontré que le premier cas de typhus constaté au dépôt de la préfecture de police à Paris, est celui d'un nommé Ghys, venu de Lille, mais ayant quitté cette ville vingt et un jours auparavant, ce qui constituerait une période d'incubation trop longue pour admettre que cet homme ait contracté à Lille les germes de la maladie. Mais, en route, il a couché à l'asile de nuit d'Amiens, où régnait déjà le typhus : c'est donc Amiens qui a infecté Paris. Le typhus de Lille a eu aussi Amiens pour origine : M. Netter a pu établir que le nommé Carl Jean, qui a été le premier malade atteint de typhus observé à Lille le 4 janvier, avait couché le 23 décembre à l'asile d'Amiens. Cet asile lui-même paraît avoir été infecté par des nomades venus de l'ouest et qui ont semé en quelque sorte la maladie sur leur passage. On trouve, en effet, des cas de typhus à Etrepagny, à Gisors, à Mantes, à Pontoise, à Beauvais, etc. Il semble, d'après ces faits, que le typhus viendrait de l'ouest, peut-être des coins de la Bretagne où il est endémique.

Cette hypothèse est parfaitement acceptable, bien qu'on se demande, si elle est justifiée, comment et pourquoi les départements bretons ne nous ont pas plus tôt transmis le typhus. Il semble, par exemple, que l'année de l'exposition offrait à cette transmission, une occasion extrêmement favorable. Mais, à côté de cette hypothèse, il y a lieu, de la part des hygiénistes et des épidémiologistes, de tenir compte de la doctrine soutenue avec talent par M. Kelsch et à laquelle nous sommes personnellement rallié depuis longtemps.

Le bilan de la morbidité et de la mortalité de l'épidémie reproduit par M. Proust est à peu près celui que nous avons fait connaître dans le précédent numéro. Grâce aux mesures prises, l'épidémie est près de s'éteindre. A Lille, il n'y a plus eu de cas de typhus depuis le 10 mars. A Paris, quelques cas nouveaux s'observent encore, mais ils vont en diminuant et l'on ne signale pas de nouveau foyer.

A la *Société médicale des hôpitaux* on s'est particulièrement occupé du diagnostic du typhus exanthématique, diagnostic souvent difficile et qu'il importe de préciser autant que possible, car de là dépend l'institution de mesures propres à arrêter l'épidémie dès son début. Les cas de typhus typique, maintenant que l'attention des médecins est éveillée, sont assez faciles à reconnaître ; mais il n'en est pas de même des formes frustes, encore assez fréquentes, ni des cas au sujet desquels on est appelé à faire un diagnostic rétrospectif. Voici les éléments diagnostiques tirés de l'étiologie, que signale M. Netter :

1° L'époque de l'épidémie : le typhus est une maladie d'hiver et de printemps ;

2° L'âge des malades, sensiblement plus élevé que l'âge des typhoïsants ;

3° La condition sociale : si l'on excepte les personnes qui donnent des soins aux malades, le typhus a presque exclusivement frappé des sujets sans domicile ;

4° La fréquence de la contagion, si rare, au contraire, dans la fièvre typhoïde ;

5° L'état des sœurs, des infirmiers, des médecins, qui constituent les meilleurs réactifs du typhus ;

6° L'existence antérieure de la fièvre typhoïde chez les sujets atteints ;

7° Pour les malades hospitalisés, le court intervalle qui sépare l'entrée de la mort ou de la sortie :

8° La proportion élevée des décès, proportion qui, dans l'épidémie actuelle, a dépassé 30 0/0.

— MM. Curtis et Combenale ont communiqué à la *Société de biologie* les résultats des recherches qu'ils ont entreprises concernant la microbiologie du typhus. A l'exemple de MM. Dubief et Bruhl, ils ont trouvé et isolé un petit diplocoque, se groupant, au hasard des préparations, en pseudo-streptocoques et pseudo-staphylocoques. Tandis que les deux premiers bactériologistes ont surtout trouvé le micro-organisme dans les voies respiratoires, MM. Curtis et Combemale l'ont rencontré dans la pulpe splénique, la pulpe cérébrale, le liquide ventriculaire. Il faut voir dans les résultats de ces différentes recherches, encore trop peu nombreuses, des documents intéressants, plutôt qu'une solution du problème.

— Le rétablissement rapide, parfois immédiat, de la sensibilité, dans un nerf divisé, par la simple mise en contact des deux bouts avivés, attend encore une explication capable de rallier toutes les opinions. Il est difficile, en pareil cas, ainsi que l'a fait remarquer M. Le Fort à l'*Académie de médecine*, d'invoquer la sensibilité récurrente ou une suppléance anatomique, et notre confrère admet volontiers la théorie de Laugier d'après laquelle l'influx nerveux se transmettrait par le simple contact des bouts divisés, de la même manière qu'un courant électrique reparaît et se transmet à travers un conducteur divisé dès que les deux bouts sont mis en contact. Il y a, suivant notre confrère, entre les deux phénomènes, non identité, mais analogie. En effet, pour ce qui concerne l'électricité, si la contiguïté des deux bouts est parfaite, le courant reparaît avec toute son intensité. Pour l'influx nerveux, la transmission est affaiblie au début ; elle cesse même si la contiguïté est interrompue par la formation d'une cicatrice fibreuse ; elle s'accroît, se rétablit d'une manière complète et permanente si à la contiguïté succède la continuité par soudure des éléments nerveux des deux bouts mis en contact.

M. Le Dentu, à côté du rétablissement immédiat de la sensibilité, place la disparition rapide des troubles trophiques, dès que les deux bouts du nerf sont avivés et suturés. Il en a observé deux cas remarquables, dont il fait en quelques mots la relation. L'explication qui repose sur l'hypothèse de la transmission de l'influx nerveux ne lui répugne pas, mais ne le séduit pas davantage et il ne peut l'accepter. Pour lui, comme pour M. Le Fort, la récurrence pas plus que la suppléance ne sauraient, en pareils cas, rendre compte du rétablissement fonctionnel du nerf. Des différentes théories émises reste donc la dynamogénie ; mais cette théorie est encore tellement vague, qu'on ne saurait l'adopter sans réserve. M. Le Dentu en con-

cint que la véritable cause du retour immédiat de la sensibilité et de la disparition rapide des troubles trophiques à la suite de la suture des nerfs est encore inconnue et réclame de nouvelles recherches.

Il appartient à la physiologie expérimentale d'étudier le problème et d'en éliminer les inconnues en attendant une solution satisfaisante. M. Laborde, son savant interprète à l'Académie, prendra la parole dans la prochaine séance.

— Les injections sous-cutanées de liquides organiques sont en ce moment l'objet d'une vaste expérimentation clinique en France et à l'étranger.

A la période de scepticisme semble avoir succédé une phase de quasi-enthousiasme jusqu'à ce que cette méthode thérapeutique, comme tant d'autres, aille grossir peut-être l'arsenal des médications démodées et oubliées. Ici, avec M. Constantin Paul (Académie de médecine), c'est la substance grise du cerveau de mouton qui sert de base aux injections, ou, suivant une expression impropre de notre collègue, aux transfusions nerveuses, dans le traitement de la neurasthénie; là, c'est le suc testiculaire qu'emploie M. Brown-Séquard (Académie des sciences et Société de biologie) pour combattre avec succès l'ataxie locomotrice, la sclérose en plaques, les paralysies consécutives à des lésions de la moelle épinière, certaines maladies organiques, etc.; ailleurs c'est le suc pancréatique qu'on injecte (Rémond et Rispal, Brown-Séquard et d'Arsonval) chez des malades atteints de diabète maigre (Société de biologie); plus loin, en Allemagne, c'est le suc thyroïdien que l'on prescrit, par la voie hypodermique ou par la voie gastro-intestinale, pour combattre le myxœdème. Partout, il va sans dire, on enregistre de nombreux succès et, si ce mouvement continue, les laboratoires dans lesquels on prépare soit les liquides organiques, soit les substances actives que, sous des noms divers d'alcaloïdes, on en extrait, bientôt disons-nous, ces laboratoires auront de la peine à suffire aux commandes.

En rappelant ainsi cette vaste expérimentation, nous sommes loin de la condamner. Toute méthode rendue inoffensive, en cas d'insuccès, par les précautions prises, peut légitimement et doit être essayée. Seulement, pour pouvoir retirer d'un si grand nombre de faits des notions utiles, il est bon, tout en les variant et en les multipliant, de suivre un certain ordre ou un certain programme. Par exemple, dans sa communication à l'Académie, M. Constantin Paul a eu soin de distinguer différentes formes de la neurasthénie et de montrer que ce qu'il appelle la transfusion nerveuse réussit plus ou moins bien dans les unes que dans les autres. Ceci ne nous paraît pas suffisant et, pour démontrer la sorte d'action spéciale sinon spécifique que notre excellent confrère paraît attacher aux injections de substance nerveuse dans le traitement de la neurasthénie, nous aurions souhaité des expériences comparatives dans lesquelles on aurait injecté soit du suc testiculaire qui, d'après M. Brown-Séquard, ne le cède pas à la substance nerveuse, soit un sérum artificiel nettement formulé, soit encore de l'eau pure, en laissant simplement agir la suggestion.

Quoi qu'il en soit, il est bon d'enregistrer les succès obtenus par un clinicien aussi expérimenté que M. Constantin Paul. Sur 53 malades qu'il a traités il n'y en a que 7 chez lesquels les effets de la transfusion ont été nuls. La dilution de substance cérébrale constitue donc un tonique nerveux des plus sûrs. Sous l'influence des injections on observe, successivement ou simultanément, le retour du sommeil, la diminution de l'émotivité, le réveil des sens, de l'intelligence, la réapparition de l'appétit la reprise des forces, en particulier de l'énergie cardiaque et, comme couronnement de ce remontement général, le réveil de la virilité. Certes il y a là de quoi tenter les plus sceptiques.

Dr F. DE RANSE.

MÉDECINE PRATIQUE

Bronchite chronique.

Benzol pulvérisé........	6 grammes
Huile de menthe poivrée	2 —
Huile d'olive...........	60 —

Prendre de 10 à 30 gouttes de cette mixture sur un morceau de sucre toutes les trois ou quatre heures.

(*Clinical Journal*, 19 avril 1893.)

NOTES ET INFORMATIONS

Les patentes des médecins. — Le Sénat, malgré une énergique intervention de M. Bardoux et de M. Cornil qui demandaient le *statu quo* déjà voté par la haute Assemblée, s'est associé à l'entente intervenue entre la Commission et le Gouvernement et a voté l'élévation, du 15e au 12e de la valeur locative, du taux de la patente imposée aux professions libérales, en particulier aux médecins. Toutefois, cette aggravation d'impôts n'atteindra à Paris que les médecins ayant un loyer supérieur à 4.000 francs. Dans l'article voté par la Chambre des députés, il s'agissait, on se le rappelle, d'un loyer supérieur à 3.000 francs. La disposition adoptée par le Sénat est donc moins défavorable aux médecins. Il est probable qu'elle sera acceptée par la Chambre des députés. C'est du moins ce qu'il est permis d'espérer d'après ce qui a été dit aujourd'hui même par M. Mesureur, député de la Seine et président de la sous-commission des patentes, à la commission chargée par l'Association de la Presse médicale de défendre en cette occasion les intérêts professionnels devant les pouvoirs publics.

Association des médecins de la Seine. — Cette association a tenu dimanche dernier sa séance annuelle, sous la présidence de M. Brouardel. Tout en constatant que le nombre des médecins qui font appel à la caisse de l'Association, va sans cesse en croissant, l'honorable président en donne les raisons suivantes, sur lesquelles les jeunes confrères, disposés à planter leur tente à Paris, feront bien de méditer.

« La cause principale de cette marche ascendante, a-t-il dit, c'est que le nombre des médecins dans la Seine croît plus vite que la population; si les médecins vantent volontiers les beautés de la décentralisation, celle-ci est, de leur part, l'objet d'un culte absolument platonique.

« La France, en 1891, comptait 12.324 docteurs, sur lesquels 2.419 sont domiciliés dans la Seine (le cinquième); de 1886 à 1891, le nombre total des docteurs s'est accru en France de 324 unités; dans la Seine le nombre s'est accru de 231, c'est-à-dire que la Seine a absorbé à elle seule les trois quarts de l'augmentation. En 1891, la France comptait 2.214 officiers de

santé; la Seine, 208; c'est-à-dire le dixième de la totalité : or, de 1886 à 1891, le nombre total des officiers de santé a diminué de 580; il s'est accru dans la Seine de 26.

« Le courant qui fait affluer les médecins dans la Seine est de plus en plus prononcé; or, nous avons déjà un praticien pour 1.185 habitants. Il ne faut pas oublier les 1.787 sages-femmes qui résident dans notre département;

« La population du département de la Seine ne représente pas tout à fait la dixième partie de la population totale de la France; elle est servie par la sixième partie de ceux qui ont le droit d'exercer légalement la médecine, sans compter ceux qui prêtent leur concours illégal à la corporation médicale.

« Nous sommes en présence d'une situation qui va sans cesse s'aggravant. Lorsqu'une population de 1.000 à 1.200 habitants doit nourrir un médecin, celui-ci ne peut vivre.

« Il faut donc nous préparer à de nouveaux efforts. Nos recettes augmentent, mais nos dépenses ne peuvent, elles aussi, que suivre une courbe toujours croissante. Notre devoir est bien clair : nous devons solliciter de nouvelles adhésions. »

Pendant le dernier exercice, 39.860 fr. ont été donnés en secours à 9 sociétaires et à 46 veuves au famille de sociétaire.

Comité consultatif d'hygiène. (Séance du 24 avril.) — M. Napias a donné lecture d'un rapport relatif à un voyage qu'il a fait, ces jours derniers, à Mantes-la-Jolie, afin d'examiner quelques cas de typhus qui ont été constatés à l'hôpital de cette ville.

Le germe de la maladie a été importé par des personnes étrangères à la ville et qui ont été recueillies à l'hôpital. Sauf un infirmier qui a contracté la maladie en soignant les malades, aucun habitant de Mantes n'a été atteint. Deux des malades sont morts, et deux autres sont en traitement; mais les mesures les plus énergiques ont été prises pour empêcher la propagation de la maladie et l'on peut dire aujourd'hui que tout danger est conjuré.

Au cours de la visite qu'il a faite à l'hôpital de Mantes M. Napias a reconnu qu'il était nécessaire d'installer, dans cet établissement, une étuve à désinfection.

L'épidémie de typhus. — La Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle vient d'adresser à tous les médecins de France une circulaire leur demandant de faire parvenir à la Société une note sur tous les faits de nature à lui permettre d'établir les conditions du développement et de la transmission du typhus et d'indiquer les mesures à prendre pour s'en préserver.

— En raison de l'épidémie de typhus qui règne à Lille et à Amiens et qui a été propagée dans d'autres localités, le Comité d'hygiène vient de décider la désinfection journalière des voitures de troisième classe de la Compagnie du Nord.

En conséquence, la direction de l'assistance et de l'hygiène publiques vient de faire expédier dans les différentes gares du réseau les pulvérisateurs et lances nécessaires.

Relations entre universités françaises et étrangères. — L'Université de Paris a envoyé l'adresse suivante à la Société de philosophie de Philadelphie, à l'occasion des fêtes du centenaire de cette Société :

Messieurs,

L'Université de Paris est heureuse de saluer votre Société qui cultive, avec tant de succès, les sciences philosophiques dans un pays que l'Europe considère trop souvent comme exclusivement occupé d'affaires industrielles et commerciales.

Il appartenait à l'Etat qui a compté parmi ses citoyens un philosophe pratique tel que Franklin de tenir haut et ferme le drapeau de la philosophie dans les Etats-Unis d'Amérique.

La France n'oublie pas que la Pensylvanie lui a envoyé ce grand patriote qui a noué entre votre jeune nation et la vieille France des relations d'affection et que c'est aux environs de Philadelphie que La Fayette a scellé de son sang, dès sa première bataille, cette amitié naissante et impérissable.

Nous aimons aussi à nous rappeler que Franklin n'a pas seulement acquis à son pays les sympathies de la France, mais que par la dignité simple de sa vie, par ses paroles et par ses écrits, il nous a préparés à la liberté en nous montrant qu'une grande nation peut se gouverner elle-même.

Ces souvenirs ineffaçables vous assurent, Messieurs, de la sincérité des vœux que nous formons pour votre Société et pour la grande République des Etats-Unis d'Amérique.

Le recteur, président du Conseil général,
O. Gréard.

— L'Association des étudiants de Toulouse, ayant envoyé aux étudiants tchèques (Sokols de Bohême) une invitation aux fêtes de gymnastique qui auront lieu à Toulouse au mois de mai, a reçu la réponse suivante du docteur Podlipny, député.

Monsieur et cher camarade,

J'ai aussitôt communiqué votre aimable et flatteuse lettre aux étudiants tchèques, qui l'ont accueillie avec enthousiasme et qui feront également de leur côté tout leur possible.

Cette invitation si cordiale de la part des étudiants de la bien-aimée nation française ne doit pas — c'est l'opinion générale chez nous — rester sans réponse pratique.

Mais aussi, nous autres Sokols, nous n'abandonnons pas un seul moment l'idée de venir voir nos amis si chers, les gymnastes français et toute la nation française, de venir nous réjouir avec eux et nous retremper chez eux.

Si les obstacles ne doivent pas être trop grands, s'ils ne doivent pas surpasser notre volonté et notre amour, — car il y a quelquefois des choses pires que les défenses du gouvernement qui, comme vous savez, ne nous ont pas fait reculer, — alors, au moins, quelques-uns des nôtres viendront à Toulouse.

Jusqu'à ce temps-là, veuillez être convaincu de nos sentiments les plus distingués et les plus sympathiques.

Vive la France! Na zdar!

Dr J. Podlipny
député, président de la C. O. S.

La statue de Renaudot. — On vient de fixer la date à laquelle sera inaugurée la statue de Renaudot, le père du journalisme français. C'est le dimanche 4 juin que cette cérémonie aura lieu.

La statue, œuvre du statuaire Boucher, est en bronze. Elle représente le gazetier assis, écrivant sur un coin de table. L'artiste s'est inspiré, pour la physionomie et le costume, des portraits du temps.

La statue prendra place, en face du Palais-de-Justice, rue de Lutèce, au coin du Marché aux fleurs. Sur la face antérieure du socle, on a sculpté un grand coq aux ailes éployées, environné de rayons. C'est une allusion à l'enseigne : « Au grand coq », qui indiquait au passant « le bureau d'adresses » de Renaudot. Sur la face postérieure, on lit cette inscription :

« Icy rue de la Calandre, partant du Marché neuf, s'élevait le bureau d'adresses où Théophraste Renaudot (1586-1653) fonda la *Gazette* et les consultations médicales pour les pauvres. »

Le président du Conseil, M. Dupuy, a promis d'assister à l'inauguration. Après lui prendront la parole M. Jules Claretie, président du Comité, qui remettra la statue d'Alfred Boucher au président du Conseil municipal, qui répondra; M. Auguste Vacquerie au nom de la presse politique; M. Poubelle, préfet de la Seine, au nom de l'Assistance publique, dont la première idée revient à Renaudot; M. le doyen Brouardel, au nom de la Faculté de médecine, que cependant Renaudot houspilla de la belle manière; M. Cadet de Gassicourt, au nom de la presse scientifique et médicale. L'université de Montpellier sera également représentée.

NOUVELLES

Nécrologie. — Nous apprenons la mort de M. le Dr De Villiers, membre de l'Académie de médecine, décédé à Paris, dans sa 81e année.

— On annonce de Montpellier la mort, à l'âge de 63 ans, de M. Achille Kunholtz-Lordat, président de l'Association de l'Université de Montpellier. C'était le petit-fils adoptif du professeur Lordat.

Ecole de médecine de Tours. — Un concours s'ouvrira le 27 novembre 1893 devant la Faculté de médecine de Paris pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales à l'Ecole de médecine de Tours.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Corps de santé militaire. — Par décision ministérielle du 22 avril, M. Vallin, directeur de l'Ecole du service militaire à Lyon, est nommé directeur du service de santé du gouvernement militaire de Paris.

— Par décret en date du 22 avril, M. le médecin principal Kelsch, sous directeur de l'école d'application de médecine et de pharmacie militaire à Paris, est nommé directeur de l'école du service de santé militaire à Lyon.

Services sanitaires. — Par arrêté ministériel du 22 avril M. André Chantemesse professeur agrégé, médecin des hôpitaux, est nommé inspecteur général adjoint des services sanitaires.

Mission scientifique. — Notre excellent confrère et ami M. Delvaille est chargé d'une mission en Belgique et en Hollande à l'effet d'y poursuivre l'étude des questions relatives à l'hygiène scolaire.

Maladies du larynx, du nez, et des oreilles. — Le Dr Castex reprendra son cours à sa clinique, 52, rue Jacob, le mardi 2 mai à 3 h. et le continuera les mardis, jeudis et samedis à la même heure.

Examen des malades et opérations à partir de 3 h. 1/2. On s'inscrit, 52, rue Jacob, les mêmes jours de 3 h. à 5 h.

Chemin de fer d'Orléans. — *Fête de l'Ascension* (11 mai 1893). — A l'occasion de la Fête de l'Ascension, la Compagnie d'Orléans rendra exceptionnellement valables pour le retour jusqu'aux derniers trains du lundi 15 mai, les billets aller et retour à prix réduits qui auront été délivré, aux conditions de son tarif spécial G. V. n° 2, les mardi 9, et mercredi 10, jeudi 11 et vendredi 12 mai inclus.

Les billets délivrés de ou pour Paris conserveront la durée de validité déterminée par ledit tarif lorsqu'elle sera supérieure à celle ci-dessus fixée.

Chemins de fer d'Orléans. — *Excursion de Paris aux châteaux de la Loire par trains rapides et à prix réduits; visite de Blois et de Chambord.* — Départ de Paris (gare d'Orléans) le lundi matin 22 mai, retour à Paris le même jour. D'accord avec l'agence des *Voyages économiques*, la Compagnie fera émettre, du 5 mai au 20 mai inclus, des billets d'excursion comprenant: 1° le transport en chemin de fer; 2° les repas (vin compris); 3° le transport en omnibus et en voitures; 4° les entrées dans les monuments; 5° les soins des guides-conducteurs de l'excursion.

Par les soins et sous la responsabilité de l'Agence des *Voyages économiques*.

Prix de l'excursion complète: 1re classe, 30 francs; 2e classe, 25 fr. 75; 3e classe, 22 francs.

Le nombre des places est limité. Les billets sont délivrés dans les bureaux de l'agence des *Voyages économiques*, 17, rue du Faubourg-Montmartre et, 10, rue Auber, à Paris.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Manuel de médecine, publié sous la direction de MM. Debove et Achard: tome Ier, Maladies de l'appareil respiratoire; tome II, Maladies de l'appareil circulatoire et du sang. — Paris, Rueff et Cie, éditeurs, 106, boulevard Saint-Germain, 1893.

Détermination pratique de la réfraction oculaire par la kératoscopie ou sciascopie; application à l'examen des conscrits, par le Dr Billot, médecin-major de première classe. — Paris, Société d'éditions scientifiques, 4, rue Antoine-Dubois, 1893.

Hygiène des fiancés, par le Dr Jacques Nattus. — Paris, Société d'éditions scientifiques, 4, rue Antoine-Dubois, 1893.

Les accidents de la première dentition, par P. Poinsot, directeur de l'Ecole dentaire de Paris. — Société d'éditions scientifiques, 4, rue Antoine-Dubois, 1893.

Manuel de pharmacie pratique, par L. Duffour, pharmacien de première classe. — Paris, Félix Alcan, éditeur, 108, boulevard Saint-Germain, 1893.

Guide et Questionnaire de tous les examens de médecine (doctorat, internat, externat). 3e édit. par le Dr Berton. — Paris, Félix Alcan, éditeur, 108, boulevard Saint-Germain, 1893.

Le bacterium coli dans l'infection urinaire, par le Dr Jules Renault, ancien interne des hôpitaux de Paris. — Paris, Société d'éditions scientifiques, 1893.

Association française pour l'avancement des sciences, 21e section, fasc. 1892, première partie (documents officiels, procès-verbaux). — Paris, au secrétariat de l'Association, 28, rue Serpente et G. Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain, 1892.

Thérapeutique physiologique du cœur. par le prof. G. Sée, t. II du *Traité des maladies du cœur*. — Paris, Battaille et Cie, édit., place de l'Ecole de médecine, 1893.

Les microbes de l'oreille (bactériologie, thérapeutique), par le Dr A. Martha, ancien interne des hôpitaux de Paris, mémoire couronné par l'Académie de médecine. — Paris, G. Steinheil, éditeur, 2, rue Casimir-Delavigne, 1893.

Le climat d'altitude, ses facteurs, son action sur l'homme, par le Dr E. de la Harpe, privat-Docent, à l'Université de Lausanne. — Genève, imprimerie Aubert-Schuchardt, 1893.

Curiosités de l'histoire des remèdes, comprenant des recettes employées au moyen âge dans le Cambrésis, par le Dr Coulon. — Un vol. in-8° de 156 p. — Prix: 2 fr. 50. — Imprimerie et lithographie de Régnier frères, 28 et 30, Place-au-Bois, Cambrai et à Paris, chez MM. J.-B. Baillière et fils.

Le Rédacteur en chef et gérant: F. de Ranse.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame. — *Téléphone*.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Rédacteur en chef : M. le Dr F. DE RANSE

Comité de Rédaction : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN
J. ARNOULD (de Lille), P. FABRE (de Commentry), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon)

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, avenue Montaigne (Rond-Point des Champs-Elysées)

CLINIQUE CHIRURGICALE

STATISTIQUE ET OBSERVATIONS DE CHIRURGIE HOSPITALIÈRE,

Par le Dr Polaillon,
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu, professeur agrégé à la Faculté,
Membre de l'Académie de médecine.

(Suite) (1).

XIV. — *Onyxis.*

12 cas { 11 hommes, 3 opérés, 7 non opérés, 1 mort.
{ 1 femme, 1 opérée, 0 — 0 —

Toutes les onyxis observées ont eu pour siège le gros orteil, 7 fois à droite, 2 fois à gauche, 1 fois aux gros orteils des deux pieds.

La syphilis, la tuberculose et le traumatisme produisant une inflammation de la matrice de l'ongle, ont été les causes observées.

Le traitement a consisté : 4 fois dans une opération d'arrachement de l'ongle, 7 fois dans des pansements antiseptiques humides, 1 fois en pansements iodoformés.

J'ai constaté 9 guérisons, 2 améliorations, 1 mort due à la tuberculose pulmonaire (obs. 21.)

Obs. 21. — *Onyxis ulcéreuse du gros orteil et de l'index. Pneumonie double dans le cours d'une tuberculose pulmonaire. Mort.*

Le nommé C... (André), âgé de 35 ans, entre dans mon service le 2 juillet 1880, pour une ulcération du gros orteil du pied droit et une ulcération analogue à l'index de la main gauche. Ce malade, dont l'intelligence est obtuse, ne donne que peu de renseignements. Tout ce qu'on peut savoir, c'est qu'il a travaillé dans les égouts et qu'il a subi beaucoup de privations. Il nie tout antécédent syphilitique. Il ne porte, d'ailleurs, aucune trace de la syphilis. Mais son aspect est cachectique, et l'état de sa santé est très mauvais. Il est très amaigri, et ses téguments ont une coloration terreuse.

L'ongle du gros orteil droit est tombé. A sa place existe un ulcère atonique, dont le fond est grisâtre et rempli de pus. Les bords de l'ulcère sont assez saillants, mais non indurés. Le bourrelet de peau, qui forme la matrice de l'ongle, est plus saillant et limite la plaie en arrière. La peau du voisinage est pâle, sans caractère morbide particulier.

A l'index droit existe un ulcère analogue. L'ongle n'est pas tombé. L'ulcération occupe les faces externe et antérieure de la dernière phalange, et, comme au gros orteil, paraît gagner en profondeur.

Ces ulcérations remonteraient à trois ans. Elles se seraient développées graduellement et, depuis plusieurs mois, elles resteraient stationnaires.

Elles ne sont pas douloureuses. La piqûre avec une aiguille est peu sensible.

Les ganglions inguinaux et les ganglions axillaires ne présentent pas de tuméfaction notable.

L'examen du thorax fait constater de la matité dans les régions sus et sous-épineuses, droite et gauche. A l'auscultation, le murmure vésiculaire est affaibli ; la respiration est soufflante, avec de petits craquements à la partie supérieure.

L'auscultation du cœur donne un souffle à la base et au premier temps, mais ce souffle paraît résulter de l'anémie.

L'appareil digestif fonctionne mal. On ne peut savoir s'il y a eu des excès alcooliques.

Les urines ne contiennent ni albumine ni sucre.

Pas de troubles nerveux du côté des membres, ni paralysie, ni anesthésie.

L'essai du traitement syphilitique pendant quelques jours ne produit aucun résultat.

Je me rallie donc au diagnostic *d'onyxis tuberculeuse*, car le malade est manifestement tuberculeux.

Le malade succombe, le 29 août, à une pneumonie double, greffée sur la tuberculose pulmonaire.

Autopsie. — Les tissus sous-jacents aux ulcérations de l'orteil et de l'index sont épaissis, sclérosés. Le tissu osseux de la phalangette est ramolli et se laisse facilement pénétrer par le stylet mousse. Les artérioles du doigt et de l'orteil sont saines. Elles ne sont pas athéromateuses et ne contiennent pas de caillots.

Une hépatisation grise occupe les deux tiers du poumon de chaque côté. Les poumons sont farcis de granulations tuberculeuses, et le sommet droit présente deux petites cavernes.

Le cœur et les gros vaisseaux sont sains.

Le foie hypertrophié pèse 1.950 grammes. Il est en état de dégénérescence graisseuse.

Rate et reins, sains. Estomac dilaté, sans autre lésion.

XV. — *Synovites des gaines tendineuses du cou-de-pied.*

26 cas.

20 hommes { 15 non opérés, 15 guéris,
{ 5 opérés, 3 guéris, 2 améliorés } 0 mort

(1) Voir la *Gazette médicale*, nos 13, 14, 15 et 17, 1893.

6 femmes { 4 non opérés, 4 guéries, / 2 opérés, 0 guérie, 2 non guéries } 0 mort

La synovite a été *simple* 18 fois, c'est-à-dire qu'elle a été sans fongosités, produite par le rhumatisme, la blennorrhagie, la pression d'une chaussure, la fatigue de la marche particulièrement chez des sujets qui avaient une ancienne entorse ou un pied plat.

Dans 1 cas, une synovite des extenseurs du pied gauche était de nature syphilitique et disparut sous l'influence d'un traitement spécifique.

7 fois la synovite était *fongueuse*, de nature tuberculeuse.

Les gaines des péroniers latéraux sont celles qui ont été le plus souvent affectées (11 fois sur 26). Vient ensuite, par ordre de fréquence, la gaine du jambier postérieur (4 cas), puis les gaines des fléchisseurs et des extenseurs du pied et des orteils.

Les synovites ont été deux fois plus fréquentes au pied gauche qu'au droit.

Les *synovites simples* ont guéri, après un traitement de dix-sept jours, en moyenne, par le repos, les révulsifs légers, la compression ouatée. Une fois seulement, la gaine ayant suppuré, fut incisé, et la maladie guérit en dix-huit jours.

Les *synonites fongueuses* sont beaucoup plus difficiles à guérir. L'incision de la gaine et les lavages répétés avec la solution phéniquée forte, sont des moyens insuffisants. Deux malades, qui n'avaient pas voulu subir d'autre opération que l'incision simple, sont sortis de l'hôpital dans le même état.

Il faut ajouter à l'incision le curettage exact des fongosités et, quelquefois, la dissection et l'ablation des gaines fongueuses, pour avoir quelques chances de succès. 4 de nos malades se sont soumis à cette opération. 2 ont bien guéri (obs. 22 et 24). Chez les 2 autres, le résultat laissait beaucoup à désirer (obs. 23 et 25).

Obs. 22. — D... (Georges), âgé de 15 ans, employé de commerce, entre dans mon service, le 22 avril 1892, pour une synovite tuberculeuse suppurée de la gaine du jambier antérieur gauche près de son insertion. Il existe une fistule.

Après avoir chloroformé le malade, je pratique le grattage des fongosités ; puis je cautérise la cavité saignante avec une petite flèche de pâte au chlorure de zinc laissée à demeure. La cicatrisation se fit par bourgeonnement ; mais le résultat fut excellent. La durée du traitement fut de quatre-vingts jours.

Obs. 23. — R... (Annette), domestique, âgée de 37 ans, entre le 8 octobre 1886. Elle porte une synovite fongueuse sur le bord interne et la face dorsale du pied gauche. Il existe plusieurs fistules, à travers lesquelles le stylet pénètre dans les gaines suppurées et fongueuses.

Le 15 octobre, chloroformisation. Incision. Grattage exact des fongosités avec une curette tranchante. Lavage des gaines avec la solution phéniquée forte. Pansement avec de l'iodoforme et de la gaze iodoformée. Par dessus, application d'un bandage ouaté compressif.

La cicatrisation fut très lente. Elle était terminée au bout de quatre-vingt-dix jours. Mais le pied restait douloureux sur son bord interne. Il avait de la tendance à se placer en varus. La malade ne pouvait marcher qu'avec des béquilles.

Le 13 janvier 1887, elle quittait la Pitié pour aller en convalescence à l'asile du Vésinet.

Obs. 24. — L... (Alexandre), âgé de 29 ans, manœuvre, entre à la Pitié le 15 novembre 1889, pour une synovite fongueuse et tuberculeuse de la gaine du jambier postérieur droit, faisant saillie derrière la malléole interne.

Le 1er décembre, chloroformisation. Application de la bande d'Esmarch pour produire l'ischémie du membre. Incision et grattage de toute la gaine avec une curette. Lavages phéniqués pour extraire les débris des fongosités. Suture de l'incision. Drain. Pansement de Lister et immobilisation du pied et de la jambe dans un appareil plâtré.

Réunion immédiate de l'incision et de la gaine. Mais il se produisit, sur le dos du pied, une eschare dûe à la bande d'Esmarch ou à la compression du bandage, et à la suite une plaie très longue à guérir.

Le résultat opératoire fut bon.

L'opéré quitta l'hôpital le 22 avril 1890, cent quarante-cinq jours après son opération.

Obs. 25. — G... (Joseph), âgé de 38 ans, exerçant la profession de charbonnier, entre le 8 juin 1892. On reconnaît, sur le dos du pied gauche, une synovite fongueuse et tuberculeuse des extenseurs des orteils.

Le 12 juin, chloroformisation. Ischémie avec la bande d'Esmarche. Incision et dissection des gaines. Ablation des parties fongueuses autour des tendons, avec le bistouri, les ciseaux et la curette. Suture de la peau. Pansement de Lister et bandage ouaté.

Gangrène consécutive d'une zone de peau autour des incisions.

Au bout de cinquante-cinq jours, l'opéré sort très amélioré. Mais on ne peut encore le considérer comme guéri.

XVI. — *Gangrènes des orteils et du pied.*

26 cas { 17 hommes, 11 guéris, 6 morts / 9 femmes, 5 guéries, 4 morts }

Dans 19 cas, ces gangrènes ont été spontanées, c'est-à-dire produite par une affection générale : artério-sclérose ou affection cardiaque (13 cas, obs. 26, 27, 29, 31, 34, 35), diabète sucré (2 cas ; obs. 32 et 33), lymphangite gangreneuse (2 cas, obs. 30); néphrite albumineuse (1 cas); état cachectique produit par le cancer (1 cas, obs 28).

Dans 7 cas la gangrène avait été le résultat d'une cause extérieure : gelure (5 cas ; Voy. chap. VI); traumatisme (2 cas).

11 fois la gangrène a envahi les orteils seuls (le gros orteil 3 fois ; le 4e orteil 2 fois ; le petit orteil 1 fois ; plusieurs orteils ensemble 5 fois).

5 fois la gangrène a été symétrique sur les deux pieds.

5 fois la gangrène occupait l'une des régions du pied, avec ou sans les orteils.

5 fois la gangrène s'est étendue du pied à la jambe.

Avant 30 ans je n'en ai observé que 2 cas

de 30 ans à 50 ans	—	5 cas
de 50 — à 60 —	—	5 cas
de 60 — à 70 —	—	9 cas
au-dessus de 70 —	—	5 cas

Dans les formes de gangrène sèche, je me suis ordinairement borné à attendre l'élimination de la partie mortifiée. Dans les formes humides, j'ai désinfecté les foyers et j'ai pro-

voqué l'élimination par des incisions avec le thermo-cautère, par des lavages avec une solution antiseptique, par des cautérisations avec des flèches de chlorure de zinc enfoncées dans les tissus sphacélés. Quelquefois j'ai sectionné les os dénudés pour enlever l'extrémité du membre dont les tissus étaient putréfiés.

La durée moyenne du séjour à l'hopital des malades guéris a été de trois mois vingt-trois jours.

Les malades, qui sont morts, ont tous succombé à l'état diathésique qui avait engendré la gangrène.

Obs. 26. — V.. (Joseph), âgé de 36 ans, cordonnier, entre le 21 décembre 1879. Il présente une gangrène symétrique des pieds. Il est atteint d'une affection cardiaque, et la cause de la gangrène est très certainement une embolie. Il succombe à l'affection cardiaque le 3 janvier 1880.

Obs. 27. — P... (Jean), âgé de 46 ans, palefrenier, est transporté, le 10 août 1879, dans mon service. Il vient d'un service de médecine, où il était traité pour une affection cardiaque, parce qu'une gangrène spontanée avait envahi le pied et la jambe du côté droit. Cette gangrène était de forme humide. Elle exhalait une odeur extrêmement fétide.

Le 12 septembre, je sectionne le tibia et le péroné mis à nu, au niveau du sillon de séparation des parties mortifiées. Consécutivement frissons, affaiblissement. Mort le 21 septembre.

A l'autopsie on trouve une endocardite athéromateuse localisée principalement sur les valvules aortiques. Les valvules mitrales sont moins malades. Les artères sont athéromateuses. Un épanchement de sang, d'environ 600 grammes et de cause inconnue, existe dans la gaine des vaisseaux iliaques externes et remonte jusqu'au rein. L'articulation du genou du côté amputé est saine.

Obs. 28. — H...(Juliette), 70 ans, sage-femme, entrée le 18 janvier 1882, est dans un état de cachexie cancéreuse avancée. Elle porte un cancer ulcéré inopérable du sein droit. En même temps le pied et la jambe du côté droit ont été frappés de sphacèle spontané. Le 27 février, la malade est prise d'une hémiplégie brusque, complète, à gauche, par embolie cérébrale très probablement, bien qu'elle ne présente rien d'appréciable à l'auscultation du cœur. Mort le 3 mars par suite des progrès de l'affection cérébrale.

Obs. 29. — L... (Isidore) âgé, de 69 ans, balayeur, entré le 9 octobre 1882, pour une gangrène spontanée du gros orteil droit. Il présente un artério-sclérose généralisée et de l'alcoolisme chronique, compliqué de délirium tremens. Trois jours après son admission, il meurt de méningo-encephalite alcoolique.

Obs. 30.— D... (Sébastien), âgé de 32 ans, maçon, est admis, le 16 octobre 1882, à l'hôpital de la Pitié, pour une gangrène humide du pied gauche. Cette gangrène est le résultat d'un phlegmon avec angéioleucite de la jambe. Le malade est dans un état typhoïde grave. Il n'a ni diabète, ni albuminurie.

Je pratique sur les parties mortifiées de larges incisions avec le thermocautère. Je fais des lavages et des pansements phéniqués. Malgré ces pansements antiseptiques, la septicémie ne peut être enrayée, et le malade meurt quatre jours après son entrée.

Obs. 31. — P... (Marie), âgée de 72 ans, journalière, entre à l'hôpital de la Pitié, salle Gerdy, le 10 janvier 1884.

Bonne santé antérieure, mais, depuis quatre ans, sujette, nous dit-on, à des accès d'asthme. Nous apprenons aussi d'un de ses parents, car la malade est incapable par elle-même de nous fournir aucun renseignement, qu'elle a en sept enfants dont six sont encore vivants.

Elle arrive à l'hôpital dans l'état suivant: Prostration presque complète; dyspnée nécessitant la position assise dans le lit; visage œdématié; extrémités violacées et refroidies.

Urines normales, ne contenant pas d'albumine, présentant seulement une teinte noire due à des pansements à l'acide phénique. L'appétit est nul. La langue est sèche, couverte de fuliginosités. La voix est presque éteinte. Toux quinteuse de temps en temps sans expectoration. L'auscultation pulmonaire fait entendre de gros râles trachéaux et un foyer de râles souscrépitantsfins à la base droite.

Le cœur est considérablement augmenté de volume, à la percussion. Cependant, les battements ne sont point visibles à l'épigastre, et il n'est pas possible de percevoir un frémissement vibratoire à la palpation. L'hypertrophie porte surtout sur les dimensions longitudinales, et la pointe se fait sentir dans le 7e espace, à 2 centimètres environ en dedans de la verticale mamelonnaire. A droite, la percussion indique que la matité cadiaque s'étend à deux travers de doigt environ plus loin qu'à l'état normal.

A l'auscultation du cœur, les tons sont affaiblis. Murmure asystolique, permettant cependant de percevoir, de temps en temps, un souffle systolique, dont le maximum paraît être à la pointe.

Le pouls est petit, misérable, arythmé. Il n'y a point d'athérome aux artères. La malade n'a point de cercle sénile.

Les lésions intéressantes au point de vue chirurgical se trouvent à la jambe du côté droit.

En effet, de ce côté, depuis le pied jusqu'à la réunion du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs de la jambe, le membre est totalement gangrené. Le pied momifié est de couleur verdâtre, desséché, conservant encore son épiderme. La jambe dénudée laisse voir les muscles noirâtres, disséqués et, au milieu d'eux, isolés et noircis, les deux os de la jambe recouverts seulement, à leur partie postérieure, par les muscles de la couche profonde de la région jambière postérieure. Tout cela répandant une odeur infecte et tendant à s'isoler des parties restées saines par une zone de peau rosée, sillon d'élimination. Les battements artériels sont faiblement perçus à la crurale et jusque dans l'artère poplitée.

Le 11 janvier. Pansement à l'alcool camphré, puisque la malade résorbe l'acide phénique. 30 grammes sirop digitale. Potion de Tood avec extrait de quinquina, pulvérisations à l'acide thymique.

Le 12. Section des deux os de la jambe à peu près vers leur partie moyenne, bien au-dessus du sillon d'élimination. Suintement sanguin par le canal médullaire du tibia. Pansement à l'alcool camphré. Ouate par dessus, après avoir bourré la surface d'amputation de flèches de Canquoin.

Le 13. Même pansement, nouvelle application de flèches. Continuation du régime tonique.

Le 14. État asphyxique; encombrement pulmonaire, 60 ventouses sèches sur la poitrine.

Mort le 15 janvier à 6 heures du matin.

Autopsie le lendemain à 10 heures du matin.

Thorax. Les *poumons* petits, ardoisés, reviennent bien sur eux-mêmes. Petit foyer de congestion à la base du poumon droit.

Le *cœur* très dilaté pèse 580 grammes. Il est mou et difflnent, mais pas graisseux. Toutes les cavités en sont dilatées. Les valvules sont toutes insuffisantes; mais examinées successivement avec le plus grand soin, ne présentent point traces d'altération. A peine trouve-t-on deux noyaux cartilaginiformes très petits le long du bord libre de la grande valve de la valvule mitrale. Les goussets aortiques sont normaux. L'aorte est dilatée, mais ne présente point d'athérome. Les embouchures des artères coronaires sont tout à fait libres.

Abdomen. L'estomac et *l'intestin* ont leur apparence normale. Ce *foie* retracté, pesant 1.450, présente à la coupe les caractères du foie cardiaque. La vésicule biliaire qui déborde le bord tranchant de quatre centimètres environ, est remplie de calculs.

La *rate*, petite, dure, pèse 170 grammes.

Les *reins*, séniles, durs, scléreux, pèsent 180 et 175 grammes.

L'examen porte ensuite sur le membre sphacélé. Tout d'abord la dissection nous montre la lésion s'enfonçant dans la profondeur et s'étendant plus haut qu'à la superficie. Les vaisseaux cruraux sont alors disséqués depuis l'arcade crurale jusqu'au foyer gangreneux, puis enlevés et fixés sur un liège de façon à rendre leur examen plus facile.

Nous notons la résistance toute particulière que présentent à la pression digitale l'artère et la veine. Cette dernière a un aspect moniliforme. L'artère est ensuite incisée avec des ciseaux. Elle montre, sur une étendue de vingt-cinq centimètres environ, à partir de sept centimètres au-dessous du ligament de Poupart, une série de petits caillots noirâtres, pour la plupart récents, d'autres grisâtres, présentant une résistance beaucoup plus considérable. Ces caillots anciens oblitèrent presque complètement la lumière de l'artère. La veine présente la même lésion, sur une étendue encore plus grande. Les caillots sont plus volumineux et paraissent plus anciens.

En résumé, nous trouvons des coagulations à la fois veineuses et artérielles, ce qui nous explique le caractère mixte de la gangrène qui, franchement sèche au niveau du pied, était, au contraire, humide à la jambe. Mais nous ne savons guère à quelle origine attribuer l'embolus artériel, les renseignements, qui nous ont été fournis sur la malade, étant fort peu circonstanciés, d'une part, et l'examen attentif du cœur, d'autre part, ayant été absolument négatif. (Observation recueillie par M. Berthode, interne.)

Obs. 32. — La nommée P... (Ursule), âgée de 59 ans, exerçant la profession de tailleuse, entre à la Pitié, le 1er juillet 1889, pour une gangrène spontanée du 4e orteil gauche. Elle est affectée de diabète sucré. Elle rend huit litres d'urine en vingt-quatre heures, et chaque litre contient quarante grammes de sucre. Au bout de quelques jours, elle présente des phénomènes de somnolence, puis de coma. Le 13 juillet, elle succombe au coma diabétique.

Obs. 33. — V... (Félicité), âgée de 63 ans, journalière, entre le 6 décembre 1889. Son pied droit est atteint de gangrène humide, très fétide, tendant à envahir la jambe. En même temps, elle est affectée de diabète avec une grande quantité de sucre dans les urines. Je me hâte de cautériser les foyers gangréneux avec des flèches de chlorure de zinc. La malade paraissait aller mieux, lorsqu'elle mourut subitement le 9 décembre, trois jours après son entrée.

Obs. 34. — L... (Arsène), exerçant la profession de journalier, âgé de 67 ans, entre le 9 juin 1890, pour une gangrène spontanée du pied et de la partie inférieure de la jambe gauches. La cause de cette gangrène est la dégénérescence athéromateuse des artères. Le 20 juillet, il meurt d'artério-sclérose.

Obs. 35. — G... (Claude), âgé de 80 ans, exerçant la profession de corroyeur, entre à la Pitié le 22 juin 1891. Il est affecté d'une gangrène spontanée sèche des orteils des deux pieds. La cause de la gangrène est une artério sclérose. Le 5 août, il meurt d'affaiblissement sénile.

(*A suivre.*)

SYPHILIGRAPHIE.

SUR LA PLURALITÉ DES LÉSIONS DE LA SYPHILIS MÉDULLAIRE

Par MM. A. Gilbert et G. Lion (1).

Dans un mémoire publié en 1889 sur la syphilis médullaire précoce, nous avons cru pouvoir distinguer, en nous fondant sur les faits alors connus, quatre types anatomo-pathologiques auxquels nous avons appliqué les désignations de méningo-myélite hyperhémique et nécrobiotique, de méningo-myélite diffuse embryonnaire, de méningo-myélite diffuse scléreuse et de méningo-myélite gommeuse.

D'après les faits de Pierret et de Jarisch, nous décrivions la méningo-myélite hyperhémique et nécrobiotique comme caractérisée par une congestion et une multiplication des vaisseaux de la moelle et de ses enveloppes accompagnées d'hémorrhagies interstitielles et le ramollissement de la substance nerveuse.

La méningo-myélite embryonnaire diffuse apparaissait, d'après l'examen approfondi d'un cas personnel, avec des lésions macroscopiques pouvant être nulles ou presque nulles et des lésions histologiques représentées par une prolifération luxuriante de jeunes cellules dans les parois vasculaires, dans la trame et dans les prolongements intra-médullaires de la pie-mère, ainsi que par la production d'un dépôt fibrino-leucocytique sous-piemérien.

A la méningo-myélite gommeuse appartenaient les cas assez rares de productions nodulaires possédant les caractères histologiques de la gomme.

Enfin, sous le nom de méningo-myélite diffuse scléreuse, nous rangions les cas dans lesquels la sclérose représentait l'élément anatomique principal, cette sclérose étant le plus souvent associée au ramollissement et siégeant principalement au voisinage de vaisseaux épaissis et en partie oblitérés.

Cette division, établie sur les observations de syphilis médullaire précoce, pourrait s'appliquer à l'ensemble des faits de syphilis médullaire.

Il y a lieu, toutefois, de la compléter et d'y faire une place importante à l'artérite syphilitique. Celle-ci étudiée déjà par Greiff (2) et Schmaus (3), a été particulièrement bien décrite par Möller (4) et Sottas (5).

(1) Communication faite à la Société de Biologie.

(2) Greiff. *Ueber Ruckenmarks Syph.* (*Arch. f. Psych. und Fervenkr.*, 1882, XII, 3.)

(3) Schmaus. *Zur Kenntniss des Ruckenmarkes Syphilis*, (*Deutsche Arch. f. Kl. Med.*, 1889. Bd 44, H. 2, n. 3.)

(4) Möller. *Studier ofver riggmargssyfilis.* (*Nordiskt-Medicinskt. Arch.*, Bd XXII, n. 22.)

(5) Sottas. *Soc. de Binlogie*, 15 avril 1893.

Il résulte de cet ensemble de faits que les lésions déterminées par la localisation de la syphilis sur la moelle sont très diverses ; elles comprennent l'artérite et la phlébite, l'ectasie et la multiplication des capillaires, l'infiltration embryonnaire diffuse, la gomme, le ramollissement et la sclérose.

Parmi ces lésions il en est qui sont incontestablement primitives et d'autres secondaires.

L'artérite et la phlébite se rangent certainement dans la première catégorie. Mais faut-il admettre, suivant une tendance qui se fait jour actuellement, qu'elles résument en elles le processus primordial des myélites syphilitiques ?

Un certain nombre d'observations démontrent que la méningo-myélite embryonnaire diffuse et la gomme peuvent constituer la manifestation primitive (1). Gajkiewicz (2), qui décrit trois variétés anatomiques de syphilis médullaire, l'artérite et la phlébite oblitérante, la gomme et l'infiltration diffuse des méninges, admet même que cette dernière est la plus fréquente. A la vérité, les vaisseaux dans cette forme ne sont pas sains ; les cellules rondes s'agglomèrent principalement autour d'eux, pénètrent et dissocient leurs tuniques, diminuent et obstruent quelquefois complétement leur lumière. Mais la même infiltration s'étend à la pie-mère et à ses prolongements intra-médullaires, et, s'il existe une corrélation entre l'altération vasculaire et l'altération méningée, il ne saurait être question de subordination de l'une à l'autre.

Il y a loin d'une semblable lésion à celle de l'artérite typique telle qu'elle est décrite dans le cas de Mœller. Ici nous voyons un processus diffus s'étendant à la totalité de la trame pie-mérienne et aux parois vasculaires qui y sont entretenues, là un processus local limité à la seule paroi vasculaire. Ici il s'agit d'une véritable production néoplasique qui envahit vaisseaux et méninges, là d'une artérite portant sur les seules tuniques artérielles.

L'ectasie et la multiplication des capillaires de la moelle peuvent-elles être également la conséquence initiale de l'action du poison syphilitique ? L'affirmative est-elle imposée par les examens histologiques de Pierret et de Jarisch, ou faut-il admettre que l'artérite, peu connue à l'époque où ces auteurs ont écrit, leur a complétement échappé ? La question est assez difficile à trancher en l'absence de nouvelles recherches faites dans cette direction, mais, pour notre part, il ne nous répugne pas d'admettre la possibilité d'une telle altération. Chez un animal que nous avions inoculé avec du bacterium coli commune nous avons vu, au bout de sept mois, se développer des troubles médullaires que l'examen microscopique a montré être sous la dépendance d'une simple dilatation des capillaires de la substance grise de la moelle accompagnée de petites hémorrhagies interstitielles sans artérite concomitante.

La syphilis n'est-elle pas capable de frapper les vaisseaux de la moelle de la même façon que cette infection expérimentale ?

En résumé, s'il en était ainsi, la syphilis pourrait occasionner initialement dans la moelle les quatre altérations suivantes : artérite et phlébite, infiltration embryonnaire des méninges et de leurs prolongements intra-médullaires, gomme, hyperhémie avec dilatation de vaisseaux.

Quant au ramollissement et à la sclérose, ce sont vraisemblablement des lésions secondaires. Encore n'est-il pas sûr que la sclérose ne puisse être quelquefois initiale.

Le ramollissement est la conséquence le plus souvent de l'oblitération consécutive à l'artérite ou de l'étouffement des vaisseaux par l'infiltration embryonnaire diffuse ou nodulaire. Ne peut-il pas également succéder à l'hyperhémie et aux hémorrhagies interstitielles qui l'accompagnent ?

La sclérose est le terme ultime du processus de ramollissement ou l'aboutissant de l'infiltration embryonnaire et de la gomme.

(1) Voici l'observation I de notre mémoire. *De la syphilis médullaire précoce.* (*Archives générales de médecine*, 1889), et l'observation plus récente de Siemerling. (*Zur Syphilis des centralnervensystems.* (*Arch. f. Psych. u. Nervenkr.*, 1891, Bd XXII, S. 191, n. 257.)

(2) W. Gajkiowicz. *Syphilis du système nerveux.* Paris, J.-B. Baillière et fils, 1892.)

VIIe CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

(VIIe SESSION)

(Suite) (1)

CHIRURGIE DU REIN ET DES VOIES URINAIRES (suite). — M. Desnos fait remarquer que certains rétrécissements de l'urèthre cèdent facilement à la bougie Béniqué, de telle sorte que la cure semble accomplie. Il n'en est rien pourtant, et si l'examen ou le sondage sont aisés, cela est dû à la nature du rétrécissement qui est élastique et se reforme aussitôt après l'intervention.

Ces rétrécissements, constitués le plus souvent par des brides, demandent un traitement un peu spécial. Toute méthode de dilatation lente ou brusque est impuissante à les détruire ; c'est à leur section qu'il faut procéder. L'uréthrotome de Maisonneuve et les instruments analogues ne conviennent pas pour ces rétrécissements larges, car ils n'agissent pas avec une précision suffisante. L'instrument de Civiale, au contraire, permet de reconnaître exactement le point rétréci et de l'inciser dans l'étendue voulue. M. Desnos, pour rendre les sensations plus précises, quand on examine le malade, a fait modifier cet instrument de telle sorte que des olives de calibre différent peuvent être vissées successivement sur la même tige, correspondant exactement au calibre du point rétréci. Il est nécessaire que les sections soient profondes ; mais, si l'on voulait obtenir ce résultat d'emblée, on risquerait de produire de graves hémorrhagies. Pour commencer, chaque incision doit donc être peu étendue et peu profonde et la saillie de la lame doit être au maximum d'un millimètre et demi ; aussi est-il le plus souvent nécessaire de recourir à des opérations successives. Quelques jours après chacune d'elles, on procède à une exploration minutieuse du canal, et si l'on rencontre encore une bride ou une saillie, on l'incise de nouveau. C'est un traitement peu rapide, mais qui donne les meilleurs résultats éloignés.

M. Guillot, dans les cas où la sonde à demeure serait nécessaire, mais ne peut être employée avec certitude, par suite du manque de surveillance, à la campagne par exemple, préconise le *drainage transvésical, ou périnéo-sus-pubien.* Ce procédé lui a donné de bons résultats dans deux faits dont il rappelle les observations.

(1) Voir *Gazette médicale*, nos 15, 16 et 17, 1893.

Chirurgie de l'estomac, de l'intestin, du foie, du péritoine et des autres viscères abdominaux. M. Reynier, pour un *kyste hydatique* suppuré avec péritonite concomitante, a pratiqué la laparotomie, et la guérison a eu lieu. Il en déduit, comme il avait d'ailleurs fait dans des cas antérieurs, que la laparotomie peut réussir dans la péritonite purulente; et comme, dans le cas cité, les accidents péritonéaux avaient été causés par la ponction du kyste, il rejette la ponction, avec laquelle on ne sait jamais ce que l'on fait; et pense que, dans les kystes hydatiques, la laparotomie reste l'opération de choix.

M. Zancarol, sur la *pathogénie des abcès du foie*, a fait une communication fort intéressante dont nous nous contenterons de rapporter les conclusions. Il dit, dans ces conclusions : que les abcès du foie sont d'origine microbienne; que le facteur principal, dans les cas qu'il a étudiés, a été le streptocoque; que la dysentérie est de même nature que les abcès du foie, de sorte que la cause pathogénique est encore ici le streptocoque. Quant aux amibes qu'on rencontre très souvent dans les matières fécales chez des individus même bien portants, elles ne jouent aucun rôle dans la pathogénie de cette affection. Enfin, la porte d'entrée du microorganisme pathogène des abcès du foie est le plus souvent le tube intestinal; de là il pénètre, soit par la veine porte, soit par la circulation générale, dans la glande hépatique.

M. Gangolphe, opérant un malade atteint *d'occlusion intestinale par étranglement au niveau de l'hiatus de Winslow*, a vu s'écouler du ventre une quantité de liquide séro-hématique, analogue à celui du sac dans les hernies étranglées. Ce fait ayant été suivi de plusieurs autres semblables, de plus, des expériences de ligature de l'intestin ayant reproduit une abondante transsudation séro-hématique analogue, M. Gangolphe pense qu'il y a lieu de considérer la présence d'un épanchement abdominal comme un signe d'étranglement interne.

Dans la cure radicale des *hernies ombilicales* chez l'adulte, M. Condamin préconise l'omphalectomie, par laquelle il résèque totalement l'ombilic en incisant circulairement à distance et de manière à ouvrir des deux côtés la gaine des muscles droits. Il entre dans la technique du procédé qui supprimerait pour l'avenir toute cause de récidive.

M. Thiriar, afin d'éviter les récidives à la suite des cures radicales de hernies, interpose, une fois le sac réséqué et le moignon rentré dans le ventre, une lame d'*os décalcifié* entre ce moignon et la paroi abdominale. La grandeur de cette lame doit varier avec les dimensions de l'orifice même. Cette plaque est maintenue en place par des fils de catgut. M. Thiriar a fait vingt et une fois l'application de ce procédé; dans tous les cas il a obtenu une cicatrice solide et dans aucun il n'a vu survenir de récidive. Chez un malade, il a pu vérifier ce que devient, au bout d'un certain temps, cette lame d'os décalcifiée dans les parties molles ; elle se résorbe et est remplacée par un tissu de cicatrice résistant et dur.

M. Schwartz a entretenu le Congrès d'un *procédé de cure radicale des hernies, myoplasie herniaire*, dont il est intéressant de rapporter in extenso la méthode. Nous reproduisons la communication même de M. Schwartz.

« Dans les cas de larges orifices et de grosses hernies, il est absolument utile de consolider la région herniaire, après la résection et la ligature du collet du sac; on s'est servi dans ce but qui de peau, qui de tampons organiques de catgut, tandis que d'autres chirurgiens — et M. le professeur Thiriar (de Bruxelles) nous a récemment communiqué les résultats de sa pratique à ce sujet — ont employé des plaques d'os décalcifié ou non, etc., etc.

Nous avons eu à proposer et à faire il y a quatre mois une opération pour une grosse hernie crurale, la plus volumineuse certes qu'il m'ait été donné de voir. C'était chez un homme de cinquante-six ans, charretier. Il portait depuis quelques années une hernie crurale à gauche, une hernie à droite depuis un an. La hernie gauche descendait jusqu'à la mi-cuisse, dont elle occupait toute la largeur, faisant, quand le malade était debout, un relief considérable. L'épiploon et l'intestin qu'elle contenait étaient facilement réduits à travers un anneau qui admettait sans difficulté le passage de deux doigts, mais ils ressortaient aussitôt. Cet homme portait un double bandage absolument illusoire, malgré lequel la hernie gauche ressortait sans cesse, aussi bien d'ailleurs que la hernie du côté droit qui était beaucoup plus petite. La cure opératoire fut acceptée avec empressement et nous songeâmes au moyen de boucher efficacement la large brèche qui donnait issue aux viscères.

La hernie fut découverte le 3 décembre par une incision longitudinale de 15 centimètres environ. Après incision du sac, le contenu fut réduit; le sac fut aisément isolé ; son collet, laissant passer facilement deux travers de doigts, fut lié le plus haut possible. Cela fait, nous ouvrîmes la gaine du moyen adducteur qui constituait le relief interne de l'énorme fosse que comblait la hernie; nous disséquâmes de ce muscle un lambeau de 6 centimètres environ que nous détachâmes de bien haut pour venir l'appliquer en le laissant adhérent par son pédicule supérieur contre l'anneau crural effondré. Il fut suturé en haut à l'arcade crurale, en bas à l'aponévrose du pectiné, en dedans à la gaine des vaisseaux par quelques points de suture à la soie fine ; nous refermâmes par des sutures multiples l'espèce de gouttière au-dessous du muscle de façon à lui donner un point d'appui plus énergique encore ; la gaine de l'adducteur fut suturée à l'aide de quelques points aussi, la peau avec des crins de Florence. Pas de drainage. Pansement avec de l'ouate aseptique après avoir pratiqué de l'autre côté l'opération classique de la cure radicale.

Curieux incident à signaler : le malade commençait à se lever la troisième semaine et l'on sentait au niveau de l'anneau crural un énorme bouchon qui ne subissait sous l'influence des efforts de toux aucune impulsion. Cette résistance contraste avec la faiblesse de la paroi qui, en dehors, au-dessus de la gaine des vaisseaux fémoraux, se laisse déprimer très facilement.

L'opéré est sorti de notre service avec la recommandation expresse de porter pendant trois mois un double bandage de soutien. Il ne l'a pas fait ou du moins ne l'a fait que très rarement et nous l'avons revu hier. Du côté de l'ancien anneau, rien n'a bougé, et c'est en dehors, au niveau de la gaine des vaisseaux fémoraux, que nous retrouvons une certaine faiblesse de la paroi, sans d'ailleurs qu'il y ait trace de hernie. Aucun inconvénient ne résulte de l'emprunt fait à l'adducteur moyen. Nous avons eu l'occasion d'appliquer quatre fois un procédé analogue pour la cure de hernies inguinales à larges anneaux ou à larges trajets.

Voici notre manière de procéder :

Après avoir pratiqué la cure radicale comme d'ordinaire, lié et réséqué le sac au niveau de la partie la plus élevée du trajet ou de l'anneau fendu en long, nous ouvrons longitudinalement la gaine du droit antérieur et nous empruntons à ce

muscle un lambeau comprenant le tiers ou la moitié de son épaisseur et offrant une largeur de 4 à 5 centimètres; le lambeau est disséqué de haut en bas et laissé adhérent par un pédicule inférieur; nous l'insinuons alors derrière la partie interne de l'anneau inguinal et nous doublons de la sorte le trajet ou l'orifice herniaire par une couche musculaire épaisse que nous suturons en bas à l'arcade crurale, de façon à ne pas blesser le cordon; on la fixe haut à ce qui reste du petit oblique et du transversal en dehors du pilier externe de l'anneau. Les deux piliers sont réunis ensuite par quatre ou cinq points à la soie n° 3, la gaine du grand droit est reconstituée, et la peau est suturée au crin de Florence.

Ce que nous pouvons ajouter, c'est que, chez nos opérés, aucun inconvénient n'est résulté de l'emprunt fait au droit antérieur et tous présentent au niveau de la région inguinale une plaque résistante qui fait bien augurer des suites thérapeutiques. Quelques-uns de nos opérés seront suivis et nous espérons pouvoir vous les présenter plus tard, de façon que vous puissiez juger de la valeur du procédé au point de vue de la cure radicale. Je tiens à faire porter habituellement à mes malades un bandage de soutien pendant les deux à trois premiers mois. »

En ce qui concerne la *chirurgie gastro-intestinale*, M. Roux déclare qu'il est loin de partager l'optimisme avec lequel quelques chirurgiens ont considéré la gastro-entérostomie qui donne une mortalité de 50 0/0, mortalité qui tient vraisemblablement aux conditions désastreuses dans lesquelles on la pratique le plus souvent; en effet, il s'agit de cancéreux arrivés à la période de cachexie. M. Roux a fait 14 gastro-entérostomies qui lui ont donné 7 morts post-opératoires, et 7 guérisons, si toutefois, dit-il, on peut employer ce terme. M. Doyen constatant que les liquides ne peuvent pas passer directement de l'estomac dans le duodénum, lorsqu'on abouche celui-ci dans l'estomac, pratique l'abouchement gastro-jéjunal et voici le procédé qu'il recommande :

On cherche la première anse du jéjunum, on passe un fil au travers de son mésentère, et, l'intestin réduit, on examine soigneusement le pylore qu'il ne faut pas songer à extirper, s'il y a des adhérences étendues. Si, au contraire, le néoplasme est mobile, on l'isole en perforant avec les doigts les épiploons gastro-hépatique et gastrocolique, deux pinces courbes à pression élastique sont appliquées au-dessous du néoplasme sur le duodénum, qui est sectionné entre leurs mors, puis on ferme le duodénum par trois plans de sutures, et on le réduit dans le ventre. On ferme provisoirement l'estomac, pour pratiquer l'ablation de la tumeur et la suture à trois étages de la plaie stomacale.

Le duodénum et l'estomac étant désormais fermés en cul-de-sac, il ne reste plus qu'à établir le nouveau pylore : la première anse du jéjunum est sortie du ventre, ainsi que le grand épiploon, qui est introduit par une petite déchirure dans l'arrière-cavité, et fixé dans cette situation par quelques sutures gastro-coliques.

La première anse du jéjunum est placée au-devant de l'estomac de telle sorte que le cours des matières soit dirigé dans le même sens qu'auparavant, c'est-à-dire de gauche à droite. On fixe l'intestin à l'estomac non loin de l'insertion du grand épiploon; deux premiers plans de suture séreux sont effectués. L'estomac et l'intestin sont alors fermés provisoirement à l'aide de pinces à pression élastique incisés, puis réunis l'un à l'autre par une suture circulaire, comprenant séreuse, musculeuse et muqueuse. Les pinces sont enlevées, et les deux derniers plans séreux assurent une réunion définitive.

M. Doyen a pratiqué 7 pylorectomies et 5 gastro-entérostomies, avec une seule mort operatoire. Qu'il fasse ou non la pylorectomie, il sectionne toujours le pylore et il le ferme, parce que, à son avis, la conservation de l'orifice pylorique, après la création du nouvel orifice, peut présenter des inconvénients.

Au point de vue de la cure des affections non cancéreuses de l'estomac, telles que : ulcère de l'estomac, rétrécissement cicatriciel du pylore, dyspepsie grave avec dépérissement et menace de mort, l'intervention chirurgicale a comme résultat la suppression immédiate des douleurs, vomissements, hématémèses et de tous les phénomènes dyspeptiques qui menacent la vie des malades.

— En dehors de la discussion sur le traitement des suppurations pelviennes par la laparotomie, dont nous avons déjà dit quelques mots, la *chirurgie du péritoine* n'a pas été, cette année, longuement étudiée. Nous n'avons à signaler aucune communication importante.

CHIRURGIE DE LA POITRINE. Peu de choses également à signaler. M. Delorme donne la description d'un nouveau mode d'intervention destiné à remplacer dans certains cas l'opération d'Estlander et à permettre d'autres interventions intra-thoraciques. L'opération qu'il propose consiste dans la formation d'un large volet thoracique comprenant à la fois des parties molles et des portions étendues de côtes. Ce volet, largement ouvert, donne un libre accès dans la cavité correspondante, et l'opération terminée, il ne reste plus qu'à le rabattre et à le suturer au reste de la paroi.

REVUE DES JOURNAUX

SUR LA SIGNIFICATION DES MEMBRANES DIPHTÉRITIQUES AU POINT DE VUE DE LA THÉRAPEUTIQUE, par le professeur M. J. OErtel. (*Berliner Klin. Wochenschrift*, 1893, n° 13, p. 297.)

I. — Lorsqu'on suit l'évolution des fausses membranes à la surface des amygdales, dans un cas de diphtérie, on constate qu'il y a lieu de distinguer deux modes de formation des produits pseudo-membraneux :

a) Immédiatement au début de l'affection, comme manifestation première, on voit apparaître plus ou moins à la surface hyperémiée des amygdales, plus rarement en d'autres régions du pharynx, des dépôts gros comme une tête d'épingle qui s'entourent, en très peu de temps, d'une bordure mince comparable à un cercle. Ces produits reposent sur la muqueuse ramollie, d'un rouge plus ou moins foncé, et leurs limites se démarquent nettement de celles de la muqueuse. Peu à peu ils gagnent en étendue, confluent, et en l'espace de vingt-quatre à quarante-huit heures, toute une amygdale, ou telle autre partie du pharynx, peut être tapissée par une membrane d'un blanc grisâtre ou d'un jaune sale. L'évolution ultérieure de ce processus est tout à fait caractéristique, mais peut facilement passer inaperçue sur la muqueuse plus ou moins hyperémiée, la fausse membrane pousse de petits prolongements blanchâtres ou grisâtres, en arêtes plus ou moins saillantes, ayant la forme de languettes, de buissons ou de gerbes, ou de sinuosités. Pour bien les apercevoir il faut s'armer d'une loupe. C'est plus tard seulement que le virus diphtéritique, pénétrant de la surface dans la pro-

fondeur, que les couches profondes de la muqueuse participent au processus, et alors les fausses membranes gagnent en épaisseur par suite de l'exsudation d'une quantité croissante de lymphe fibrinogène. Si cette exsudation vient à cesser, la guérison peut se faire par élimination de la fausse-membrane.

b) D'autres fois, on aperçoit au début, sur la muqueuse des amygdales ou des parties avoisinantes, de petits dépôts dont la grosseur ne dépasse pas celle d'une lentille, de même aspect que ceux décrits ci-dessus. En même temps une vaste étendue de muqueuse, sur la moitié du voile du palais et de la luette qui correspond à l'amygdale qui a servi de porte d'entrée à l'infection, est plus ou moins rouge, plus ou moins ramollie, plus ou moins tuméfiée ou œdémateuse.

Au bout de quelques heures, on remarque dans la profondeur de cette portion, devenue transparente, des opacités blanchâtres, mal dessinées d'abord, qui se fondent, sans ligne de démarquation bien nette, dans le tissu ambiant œdémateux. Avec cela toute la surface de la muqueuse reste lisse et brillante. On ne découvre pas la moindre trace d'un dépôt pseudo-membraneux ou d'un ramollissement de l'épiderme, même quand l'examen se fait à l'aide d'une loupe. Les opacités susdites gagnent en étendue et en épaisseur, en très peu de temps. La muqueuse perd sa transparence et son épithélium prend une teinte d'un blanc grisâtre. Puis l'aspect se modifie très rapidement. En l'espace de quelques heures, les zones opaques blanc grisâtre. deviennent saillantes, gagnent en dimensions; en l'espace d'une nuit, tout le voile du palais y compris la luette peut être recouvert d'une fausse membrane, épaisse de plusieurs millimètres, d'un blanc grisâtre, jaunâtre par places, d'aspect lardacé, qui devient rapidement trouble, et présente par places des taches d'un rouge brun, en rapport avec des foyers d'hémorrhagie capillaire. Ce sont ces membranes-là, qui constituent la malignité de la diphtérie, qui opposent à l'intervention thérapeutique une résistance souvent invincible, qui en l'espace de vingt-quatre heures envahissent tout le pharynx et les voies respiratoires supérieures et qui aboutissent à la septicémie ou nécessitent la trachéotomie.

Dans la forme de diphtérie décrite en premier lieu, la fausse membrane se développe directement à la surface de la muqueuse, et l'épithélium participe au processus, dans une mesure prépondérante.

Dans la seconde forme, la fausse membrane prend naissance dans la profondeur de la muqueuse, l'épithélium est atteint en dernier lieu; le processus consiste essentiellement dans une exsudation de lymphe fibrinogène ou de fibrine, qui infiltre la muqueuse. Les recherches de l'auteur ont fourni la preuve de ces différences d'évolution, dans les deux formes en question de diphtérie.

Dans le premier cas, il s'agit, au début du moins, d'une infection locale, par bactéries.

Dans le second cas, il s'agit d'emblée d'une maladie infectieuse générale, et le processus local, du côté des amygdales, du voile du palais et de la luette, est entretenu non par des bactéries, mais par des toxines, par la diphtérotoxine que Brieger a réussi à obtenir à l'état de pureté et qui fait partie des toxalbumines.

Dans le premier cas, le traitement doit tendre à détruire, au moyen des antiseptiques, les bactéries qui entretiennent l'infection locale. L'important est d'employer ces antiseptiques en quantité suffisante et de prolonger suffisamment la durée d'application. Or avec les gargarismes et les badigeonnages, ces deux conditions, la seconde surtout, ne sont pas remplies. Aussi M. Œrtel conseille-t-il de recourir aux pulvérisations phéniquées, d'une durée de trois à cinq minutes, répétées toutes les deux ou trois heures (solution à 2-5 0/0).

Dans les cas de la seconde forme, le traitement local, dirigé contre la membrane secondaire, a une efficacité égale à zéro, ce qui se conçoit pour qui admet que la membrane est un produit de l'infection générale. Tout ce que nous pouvons faire, à l'aide des médications locales, c'est d'enrayer la production et la résorption de nouvelles quantités de virus, et la formation de nouvelles membranes secondaires. Mais présentement nous ne disposons pas de remèdes qui nous permettent d'agir sur le virus après sa résorption.

Cet aveu doit avoir pour conséquence de nous faire renoncer aux traitements inutiles qui ne sont pour le malade qu'une cause de tourments ou de souffrances : gargarismes alcalins, à l'eau de chaux, au bicarbonate de soude, à la lithine, etc. Eu égard à la propagation du processus diphtéritique, les membranes sont devenues inoffensives. Elles ne deviennent dangereuses qu'autant qu'elles deviennent le refuge de bactéries septiques, pyogènes, ce qui s'annonce par le *fœtor ex ore*, et alors le plus simple est de les enlever avec un pinceau.

Les cautérisations avec des caustiques chimiques, avec le galvanocautère, etc., sont tout aussi inutiles, mais plus pénibles.

Quant aux médicaments internes qu'on a préconisés pour détruire le virus diphtéritique dans le sang, — chlorate de potasse, préparations mercurielles (calomel, sublimé, onguent pris en frictions, cyanure de mercure), quinine, — leur efficacité n'est plus à démontrer.

Reste la sérumthérapie, préconisée par Behring (V. *Gazette médicale*, 1890, n° 51, p. 607), qui consiste à injecter au sujet diphtéritique un sérum curatif provenant d'un animal rendu préalablement réfractaire à la diphtérie. M. Œrtel se demande jusqu'à quel point cette sérumthérapie pourra être perfectionnée de manière à devenir applicable sur le terrain de la clinique. La réponse à cette question vient d'être faite par des élèves de Koch, dans une publication dont nous rendrons compte prochainement.

(*A suivre.*) E. Ricklin.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Recherches sur la respiration, par M. de Saint-Martin.

Ce livre est le résumé des recherches expérimentales que M. de Saint-Martin a institué dans le but de contrôler certaines notions relatives à des phénomènes physiologiques encore peu connus, en dépit de tous les travaux qu'ils ont inspirés. L'étude des effets produits par les inhalations d'oxygène, celle du mécanisme par lequel se produit le sommeil anesthésique, enfin l'analyse des symptômes toxiques engendrés par l'oxyde de carbone, tels sont les sujets des trois chapitres dont il se compose. La lecture en est un peu aride, car l'exposé technique des expériences et le calcul y occupent une place considérable, peut-être excessive, il faudrait être chimiste ou mathématicien pour en tirer tous les fruits qu'elle comporte. Elle n'en est pas moins fort intéressante, d'autant qu'elle aboutit à des conclusions inattendues dont le médecin peut et doit savoir faire son

profit. Ainsi, pour ce qui concerne les inhalations d'oxygène. si vulgarisées aujourd'hui, et prescrites si souvent à titre banal, bien des praticiens ne seront pas peu surpris d'apprendre que leurs effets thérapeutiques sont extrêmement médiocres, on pour mieux dire à peu près nuls : vérité qui est implicitement contenue dans la formule suivante : *Les phénomènes chimiques de la respiration ne subissent aucun changement appréciable par le fait de la suroxygénation de l'atmosphère dans laquelle ils s'accomplissent.* Cette formule si contraire aux idées admises se dégage rigoureusement des expériences que M. de Saint-Martin a exécuté avec toute la précision désirable. D'ailleurs, elle n'est pas absolument nouvelle, car déjà Gubler avait montré que la respiration de l'oxygène ne donne lieu qu'à des phénomènes physiologiques obscurs, et d'autre part, Regnault et Briset, après Lavoisier et Seguin, Allen et Popys, avaient établi que le séjour dans une atmosphère suroxygénée n'augmente pas l'activité des combustions respiratoires, et ne modifie en rien les chiffres qui représentent respectivement l'absorption de l'oxygène et l'exhalation de l'acide carbonique. Mais, s'il en est ainsi, que deviennent les propriétés curatives et thérapeutiques de l'oxygène ? Fort peu de chose, en vérité, à en croire M. de Saint Martin qui critique tour à tour chacune des indications vis-à-vis desquelles ce moyen trouve journellement son emploi. Si nous en croyons le savant expérimentateur, il faudra renoncer désormais à cette panacée, même dans les cas où sa théorie justifiait le mieux son intervention : diabète, chlorose, vomissements de la grossesse, dypsnées d'origine asthmatique ou cardiaque, etc. Si l'oxygène a semblé produire parfois quelque amélioration dans ces différents cas, ce n'était là qu'une illusion, car on n'a pas tenu suffisamment compte de ce fait que les malades suivaient concurremment d'autres traitements bien mieux adaptés aux exigences de leur état.

En définitive, l'emploi de l'oxygène ne serait rationnel et utile que dans un cas bien déterminé : celui d'empoisonnement par l'oxyde de carbone. Il est à peine besoin de rappeler ici les recherches de Cl. Bernard et de Donders qui ont démontré qu'un courant d'oxygène chasse ce gaz du sang bien plus vite que ne le fait un simple courant d'air. La clinique a d'ailleurs justifié en ce point la théorie par les succès brillants que les inhalations d'oxygène ont donnés chez des individus soumis à l'intoxication oxycarbonée. On ne peut donc dire que les propriétés thérapeutiques de l'oxygène sont nulles, mais en tous cas, suivant M. de Saint-Martin, leur importance se trouve singulièrement réduite Peut-être estimera-t-on cette conclusion un peu sévère, excessive, légèrement prématurée? Mais nous devions la signaler, étant donnée la précision des recherches expérimentales citées à l'appui et qui lui fournissent une base d'une incontestable solidité. D'ailleurs notre confrère n'est pas seul à professer cette opinion négative. Et nous pouvons citer à sa décharge la proposition suivante, formulée antérieurement par un médecin étranger : *Les inhalations d'oxygène constituent une médication de luxe, le plus souvent inutile, mais toujours inoffensive.* On verra peut-être dans cette appréciation une circonstance atténuante qui suffira, aux yeux de quelques-uns, à justifier le crédit dont cette médication jouit encore, et la place qu'elle occupe aujourd'hui dans l'arsenal thérapeutique.

Dans le chapitre consacré à l'étude expérimentale de l'anesthésie, M. de Saint-Martin s'est attaché surtout à la critique de la méthode des mélanges titrés, cette méthode que P. Bert avait cherché à vulgariser, à la suite d'expériences remarquables. Cette méthode est certainement logique, elle procède de déductions suffisamment rigoureuses, mais son initiateur a en le tort de vouloir en généraliser l'emploi, de l'imposer en quelque sorte, en l'appliquant indistinctement à tous les cas de la pratique chirurgicale. Cette prétention était certainement excessive, si on en juge par l'opposition qu'elle a soulevée, et par la défaveur dans laquelle la méthode est tombée. Il aurait fallu la réserver, dit M. de Saint-Martin, pour toutes les opérations de longue durée qu'on ne pratique pas d'urgence, comme l'ovariotomie. C'est que, dit avec raison le savant chimiste, ce qui fait le danger de cet agent toxique appelé *chloroforme*, c'est moins sa présence en proportion fixe dans l'air inspiré, c'est-à-dire sa tension propre, que la durée pendant laquelle le patient est soumis à l'action du mélange anesthésiant. P. Bert semble avoir méconnu cette vérité, quand il disait que cette méthode lui paraissait la seule qui donnât assez de garanties pour dégager complètement la responsabilité du chirurgien. On peut ajouter que la méthode des mélanges est d'un maniement difficile, qu'elle exige un appareil encombrant, et on comprend ainsi le discrédit dans lequel elle est tombée ultérieurement. Cette défaveur ne serait cependant pas tout à fait méritée, au témoignage de M. de Saint-Martin, dont les recherches empreintes d'une précision rigoureuse confirment sur plus d'un point celles de P. Bert et deviennent ainsi, pour les idées, du regretté savant, un point d'appui inattendu.

La médecine de colonisation en Algérie,
par M. le Dr B. Milliot.

M. le Dr Benjamin Milliot, qui pratique notre art avec distinction en Algérie, a écrit une petite brochure qui est une sorte de plaidoyer en faveur de la médecine de colonisation. Il s'agit là d'une cause tout à fait populaire, d'une véritable œuvre d'intérêt public, au succès de laquelle nos législateurs devraient appliquer avec persévérance leurs efforts. Pour relever cette œuvre, il faudrait, suivant M. Milliot, que désormais les médecins de colonisation fussent nommés au concours, seul mode de recrutement capable d'assurer les garanties nécessaires, et de maintenir le prestige de la fonction. Puis il faudrait que ces médecins fussent soustraits au contrôle administratif, qui est incompatible avec la dignité professionnelle, et en même temps pourvus d'une subvention annuelle suffisante pour leur permettre de vivre et de donner leurs soins gratuitement aux indigents. A ce dernier point de vue, la situation actuelle est précaire, insuffisante ; elle implique l'urgence de certaines améliorations indispensables à l'accomplissement d'une mission qui est à la fois professionnelle, colonisatrice et civilisatrice. Enfin la création d'une école spéciale s'impose, attendu que les médecins de colonisation se trouvent en face d'une pathologie spéciale, vis-à-vis de laquelle l'enseignement ordinaire n'est pas suffisamment préparé. Tels sont, d'après M. Milliot, les traits principaux de la réforme à introduire, pour que la médecine de colonisation, cette institution si utile, puisse donner tous les fruits qu'on est droit d'espérer. Nous devons nous associer à ce programme et applaudir à l'initiative que notre confrère a su prendre pour préparer sa réalisation : et en terminant, nous exprimons le vœu que l'effort tenté par lui rencontre auprès des autorités compétentes un accueil favorable et encourageant, qui serait de bon augure pour l'avenir.

P. Muselier.

Guide de thérapeutique générale et spéciale, par MM. Auvard, Brocq, Chaput, Delpeuch, Desnos, Lubet-Barbon, Trousseau. — Paris, O. Doin, 1893.

Ce nouveau manuel de thérapeutique diffère sensiblement des ouvrages analogues parus dans ces derniers temps. Personne n'avait eu, croyons nous, la pensée de réunir, pour une collaboration de ce genre, un certain nombre d'auteurs, en réservant à chacun d'eux la spécialité à laquelle il s'est consacré. Les conquêtes de la thérapeutique sont aujourd'hui tellement vastes, qu'il est impossible à un auteur, si bien doué qu'il soit, de connaître et surtout d'apprécier par lui-même la valeur des diverses méthodes qui enrichissent chaque jour l'art de guérir.

Or, s'il est relativement facile d'exposer dans un ouvrage étendu tel ou tel traitement, les difficultés deviennent grandes quand le cadre est restreint et il est nécessaire qu'un auteur possède à fond le sujet qu'il traite, pour l'exposer clairement en peu de mots. Ces sortes de résumés ne présentent souvent que l'illusion du savoir et sont conçus de telle sorte qu'il est parfois impossible d'y puiser un renseignement utile. En parcourant le nouveau Guide de thérapeutique, on se rend vite compte que cet écueil y a été évité. Un bon plan d'ensemble fait que l'ouvrage est aussi bien proportionné que s'il avait été composé par une seule personne.

Il ne faut pas s'attendre à y trouver réunis tous les traitements prétendus nouveaux qui sont préconisés chaque jour et dont on ne parle plus un mois après. Tout en exposant les ressources de la thérapeutique moderne, chaque auteur a tenu à ne proposer comme recommandables que les méthodes sanctionnées par le bon sens et l'expérience; presque toujours c'est à un petit nombre de traitements que se bornent les descriptions; le titre de « Guide » est ainsi justifié et il fallait éviter d'égarer le praticien en lui présentant un trop grand nombre de traitements différents.

C'est conduit par la même pensée que les auteurs ont tenu à ne pas rééditer un des formulaires qu'on rencontre aujourd'hui partout. Sans doute les médicaments nécessaires à chaque période des maladies sont indiqués avec les doses convenables, le plus souvent même la formule y est indiquée telle qu'elle doit figurer sur une ordonnance, mais il n'y a jamais cette accumulation de formules au milieu desquelles le praticien ne sait plus se reconnaître, fausse richesse dont il est vite desabusé.

En résumé, petit livre essentiellement pratique, grâce auquel élèves et médecins pourront non seulement préciser leurs souvenirs, mais où ils auront aussi l'occasion d'acquérir des connaissances nouvelles; ils trouveront un exposé clair et rapide des médications modernes, aussi bien dans le domaine de la médecine et de la chirurgie générale qu'en ce qui concerne les diverses spécialités. F. G.

BULLETIN

Sur la restitution fonctionnelle d'un nerf sectionné. — Fièvre hystérique. — Société d'ophthalmologie (onzième session).

La question reste ouverte, à l'Académie de médecine, sur la restitution fonctionnelle d'un nerf sectionné; M. Laborde a pris la parole pour répondre aux arguments qui avaient été exposés par M. Le Fort. Mais avant d'analyser ce qu'il a dit, il n'est peut-être pas inutile de revenir en quelques lignes sur l'historique de la question.

Sans rechercher les phénomènes généraux qui suivent la section, traumatique ou chirurgicale, d'un nerf, nous ne devons considérer en l'espèce que les symptômes locaux, lesquels sont primitifs ou consécutifs. La douleur, l'insensibilité, l'anesthésie sont les résultats de la section du nerf dans le territoire même de ce nerf. Mais, même quand la section est absolue, il n'est pas rare de constater immédiatement, et surtout quelques heures après le traumatisme, une sensibilité nette, quoique affaiblie, dans la zone du nerf, ce qui s'explique par les anastomoses nombreuses des nerfs entre eux. Puis, la sensibilité se perd de plus en plus et l'anesthésie s'établit.

Si la suture est pratiquée, et si la réunion se fait normalement, on voit reparaître, au bout d'un temps variable, la fonction du nerf dans toutes ses modalités.

Jusqu'ici la chose est normale. Mais elle est devenue surprenante quand sont venues des observations rapportant que la sensibilité avait reparu immédiatement après la suture (Laugier, Nélaton, Tillaux, etc...). C'est alors que les explications ont été demandées. La sensibilité serait conservée, et non récupérée, par l'existence de fibres anastomotiques (Arloing et Tripier); une simple contiguité rétablie entre les bouts du nerf sectionné suffirait pour assurer le passage de l'influx nerveux (Laugier, Le Fort); les anastomoses récurrentes qui unissent le nerf coupé aux nerfs voisins sont demeurées intactes dans le bout périphérique dégénéré, mais elles n'ont pas un degré d'activité suffisant pour exercer une suppléance efficace. L'avivement et la suture, en déterminant une irritation violente du bout central, agissent par voie réflexe, augmentent l'énergie des nerfs voisins, dont les fibres récurrentes subissent un accroissement de leur fonction normale, et la sensibilité revient ou semble revenir (théorie dynamogénique de Brown-Séquard).

Ces diverses théories ont été discutées devant l'Académie; nous n'y reviendrons pas, la critique en ayant été faite dans le dernier bulletin. C'est pour protester plus encore contre la théorie du passage de l'influx nerveux que M. Laborde a pris la parole dans la dernière séance.

Notre confrère pense qu'il ne peut, dans un nerf, y avoir d'effet fonctionnel en dehors d'une continuité de tissus. Cette continuité n'existe plus dans le nerf sectionné, et elle n'est pas physiologiquement établie immédiatement par l'avivement et la suture. D'autre part, les observations cliniques qui portent sur cette question ont été faites d'une façon insuffisante, sans instruments de précision. Le physiologiste possède ces instruments et, quoiqu'en dise M. Le Fort, il peut inférer des résultats de l'animal à l'homme, car l'animal réagit absolument à la douleur qui détermine chez lui, comme chez l'homme, des manifestations réflexes. Quant à comparer l'influx nerveux à un courant électrique passant dans le circuit par la contiguité de deux fils, M. Laborde ne peut admettre l'analogie. D'ailleurs, il a fait l'expérience suivante: il sectionne un nerf puis le suture; la sensibilité des parties innervées par ce nerf est conservée. Si alors on sectionne toutes les branches collatérales à ce tronc nerveux, la sensibilité précédemment constatée disparaît entièrement.

M. Laborde, entrant dans la critique du fait de M. Le Fort en lui-même, fait remarquer deux choses : la sensibilité, qui avait d'abord reparu après la suture du nerf, s'est ensuite affaiblie; après la seconde opération, le même fait s'est repro-

duit. En second lieu, la sensibilité ne s'est rétablie complétement qu'assez longtemps après l'opération, alors que la régénération avait pu se faire.

On doit reconnaître que ce sont là des arguments sérieux. Mais, à notre avis, les paroles suivantes de M. Laborde: « n'est-il pas plus logique d'admettre que le traumatisme opératoire a produit ces effets, mal connus encore, et que nous désignons du nom d'effets dynamogéniques », ne nous semblent pas, à leur tour, constituer une explication beaucoup plus complète des faits observés. Et nous devons conclure, comme M. de Ranse dans le dernier *Bulletin*, que la physiologie expérimentale a besoin d'étudier encore ce problème et d'éliminer des inconnues pour arriver à une solution satisfaisante.

— On peut dire, sans trop se tromper, qu'il n'est presque pas de maladie dont l'hystérie n'ait pu reproduire les symptômes, au moins dans leurs grandes lignes. Le fait que M. Hanot a rapporté à la *Société médicale des hôpitaux* en est un nouvel exemple. Une femme de 21 ans entre à l'hôpital, présentant la plupart des symptômes de la fièvre typhoïde. Son mari, son frère et une de ses sœurs venaient, du reste, d'être atteints de cette affection, et elle leur avait donné des soins. Mais trois points anormaux frappaient dans l'histoire de cette malade: début brusque de la maladie, absence complète de prostration, abondance des urines, claires, non fébriles, ce qui fit rejeter le diagnostic de fièvre typhoïde et adopter celui de fièvre nerveuse, bien que la malade n'eût antérieurement offert aucun des signes de l'hystérie.

L'hystérie peut prendre le masque de syndromes nerveux; des faits analogues ont déjà été publiés. Dans le cas actuel, le masque typhoïde a été simulé probablement parce que cette femme a vu évoluer à côté d'elle trois fièvres typhoïdes: ainsi s'expliquerait l'apparition chez elle des symptômes qui l'avaient le plus frappée (épistaxis, céphalalgie avec vertiges, fièvre, courbature, etc...)

M. Hanot ajoute à son observation des remarques importantes; il insiste d'abord sur l'examen des urines, sur la recherche des phosphates selon la méthode donnée par MM. Gilles de la Tourette et Cathelineau; il signale ensuite l'impuissance des antithermiques contre ces fièvres nerveuses; le bromure de potassium reste toujours le médicament, par excellence, de tous les phénomènes hystériques.

— La *Société française d'ophthalmologie* a tenu sa onzième session à Paris, du 1er au 4 mai. Deux grandes questions, entre autres, avaient été proposées et ont été discutées dans les premières séances: *l'asepsie dans les opérations pratiquées sur les yeux* et *le traitement du strabisme*; sans nous arrêter ici aux diverses communications qui ont été faites sur ces sujets importants, communications dont quelques-unes seront analysées dans la *Revue générale*, nous devons mentionner le travail de M. Nuel (de Liège), rapporteur pour la première question, et celui de M. Parinaud (de Paris), rapporteur pour la seconde. Ce système de faire ainsi présenter, dès le début de la question, par des observateurs et des cliniciens autorisés, tout un corps de doctrine, un exposé complet de ce qui a été fait ou proposé, nous semble excellent; il évite les redites et par suite épargne le temps, si précieux dans les congrès; il groupe les objections et les approbations, et surtout il trace la marche de la discussion; chaque sujet trouve ainsi sa place normale, et vient en son temps et lieu.

R. F.-M.

NOTES ET INFORMATIONS

Comité consultatif d'hygiène (*séance du 2 mai*). — M. Henri Monod rend compte de la situation sanitaire à l'intérieur.

Il constate qu'à Morteaux-Coulibœuf (Calvados), plusieurs cas de diphtérie ont été observés dans cette commune, aux environs d'une porcherie très mal tenue. Le maire, sur les instances du préfet, a pris un arrêté prescrivant les mesures de salubrité nécessaires.

A Lure (Haute-Saône), la rougeole est signalée dans plusieurs communes de l'arrondissement de Lure. Les mesures recommandées par le Comité consultatif ont été prescrites.

Dans le Morbihan, le nombre des décès cholériques depuis lundi dernier a été de 14, répartis dans 8 communes.

Il y a eu depuis la dernière séance 10 décès cholériques à l'asile d'aliénés de Saint-Athanase (Finistère), et un dans une commune voisine, à Kerfenteun. Le préfet écrit à ce sujet:

Le conseil départemental d'hygiène et de salubrité publiques ainsi que la commission de surveillance de l'asile se sont réunis hier à la préfecture pour arrêter les nouvelles mesures à prendre contre l'épidémie cholérique qui sévit dans l'établissement.

Cette Assemblée a décidé que le vieux quartier de traitement où doit se trouver le foyer de l'épidémie, sera évacué immédiatement et les malades qui s'y trouvent, placés dans le nouveau quartier dont la construction est presque terminée. Les objets mobiliers qui se trouvent dans le vieux quartier seront détruits par le feu et les effets passés à l'étuve.

Aussitôt après l'évacuation de ce quartier, les murs subiront une désinfection complète et les planchers seront remplacés; il sera ensuite aménagé pour servir de magasins et d'atelier.

Le conseil d'hygiène a également décidé que les eaux amenées à l'asile seront bouillies avant d'être livrées à la consommation.

Toutes ces prescriptions ont été immédiatement appliquées.

A Quimper, 3 décès suspects se sont produits du 29 au 30 avril. En outre, 3 personnes présentant des symptômes cholériformes sont en traitement.

Excursion en Suisse et dans l'Italie du Nord à l'occasion du Congrès international de médecine de Rome. — Après des démarches faites par le secrétaire général du Comité français d'initiative et de propagande du Congrès international de médecine de Rome, *l'agence française des voyages économiques* a organisé une excursion à prix réduits pour les Congressistes qui, en se rendant à Rome, désirent visiter la Suisse et passer par le Saint-Gothard (1). L'itinéraire de cette excursion, essentiellement privée et réservée uniquement aux membres du Congrès et à leur famille, n'est pas encore définitivement fixé, mais nous savons qu'on partira vers le 10 septembre et qu'on sera rentré à Paris vers le 5 ou 6 octobre. Nous nous permettons de recommander tout particulièrement cette ex-

(1) La carte de Congressiste ne donne droit à aucune réduction sur les chemins de fer suisses; c'est pour cela que nous avons dû recourir à l'initiative privée pour le voyage par le Saint-Gothard.

cursion à nos jeunes collègues d'internat, que les fatigues et les ennuis d'un voyage rapide, fait en commun — mais très instructif — sont incapables d'arrêter. M. B.

Excursion sur la Méditerranée à l'occasion du Congrès international de médecine de Rome. — La *Orient steam navigation Company* aménage un de ses plus beaux bateaux, *Garonne*, de près de 4.000 tonneaux, dans le but de transporter directement de Londres à Rome, les membres du Congrès international de médecine.

Départ de Londres, le 12 septembre ; arrêt à Cadix, le 17 septembre (arrêt suffisant pour visiter Séville) ; arrivée à Civita-Vecchia, le 23 septembre (train spécial pour Rome). — Départ de Civita-Vecchia, le 27 septembre, ou de Naples le 28 ; au retour on touche à Malaga, à Lisbonne et à Plymouth (12 octobre). Retour à Londres, le 13. Prix total du voyage : (40 guinées) 1.050 francs environ (1). — S'adresser, pour renseignements, à MM. Anderson et Cie, 5, Fenchurch avenue, London, E. C.

M. B.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — M. le Dr Dejerine, agrégé, est chargé de suppléer, pendant le semestre d'été, M. Peter, professeur de clinique médicale.

Facultés et écoles des départements. - *Faculté de médecine de Lille.* — M. Folet, ancien doyen de la Faculté, est nommé doyen honoraire.

Faculté de médecine de Nancy. — La chaire d'anatomie descriptive de la Faculté de médecine de Nancy est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours, à partir de la présente publication, est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

Faculté de médecine de Toulouse. — M. Dannic est institué, pour une période de trois ans, chef des travaux d'anat. pathol. et histol. (lab. des clin.

École de médecine d'Alger. — M. Schieffer est nommé, pour un an, aide d'anatomie.

M. Piquet est délégué, pour un an, dans les fonctions d'aide d'anat.

École de médecine d'Amiens. — M. Autheaume est nommé chef des laborat. de physiol., d'histol. et de bact.

École de médecine de Clermont. — M. Pojolat, suppléant des chaires d'anat. et de physiol., est chargé pendant le deuxième semestre de l'année scolaire 1892-1893, d'un cours de physiologie.

Assistance publique. — Le Jury du concours du bureau central (médecine) est constitué provisoirement comme il suit : MM. Debove, Dujardin-Beaumetz, Landouzy, Potain, Chantemesse, Moizard et Desprès.

Corps de santé des colonies. — Par décret du 18 avril ont été nommés ; au *grade de médecin de 2e classe*, MM. Portel, (Léon-Félix-Auguste), Gaudemard (Étienne-Clair), médecin de 2e classe de la marine, et Fabre (Ludovic-Sully), docteur en médecine.

Prix de médecine navale. — Le ministre de la marine, sur l'avis du Conseil supérieur de santé, a décerné :

1° Le prix de médecine navale pour l'année 1892, à M. le médecin principal Reynaud, pour son mémoire intitulé : *L'armée coloniale au point de vue de l'hygiène pratique* ;

2° Une mention honorable à M. le médecin de 1re classe Hervé pour son rapport sur le *Champlain* (division navale du Pacifique) ;

3° Des témoignages officiels de satisfaction à M. le médecin principal Comme pour son rapport médical sur la division de l'Extrême-Orient (1890-1891), et à MM. les médecins de 1re classe Gazeau, pour son rapport médical sur la division navale de l'Extrême-Orient en 1891-1892 ; Mercie pour son rapport médical sur le *Talisman*.

Exposition internationale de Chicago. — Par arrêté ministériel, en date du 10 avril 1893, sont délégués à l'exposition internationale de Chicago, en qualité de membres français du jury international des récompenses de l'exposition colombienne :

Section H. — M. Adrian (Louis), fabricant de produits chimiques, et M. Haller, membre correspondant de l'Institut.

Section L. — M. le Dr Marcel Baudouin et M. Mathieu (Raoul), fabricant d'instruments de chirurgie.

Chemin de fer d'Orléans. — *Bains de mer de l'Océan.* — Billets d'aller et retour à prix réduits, valables pendant 33 jours.

Pendant la saison des bains de mer, du 1er mai au 31 octobre, il est délivré à Paris, à la gare d'Orléans (quai d'Austerlitz, des billets aller et retour de toutes classes réduits de 40 0/0 en 1re classe, de 35 0/0 en 2e classe, de 30 0/0 en 3e classe, pour les stations balnéaires ci-après :

Saint-Nazaire, Pornichet, Escoublac-la-Baule, Le Pouliguen, Batz, Le Croisic, Guérande, Vannes (Port-Navalo, Saint-Gildas-de-Ruiz), Plouharnel-Carnac, Saint-Pierre-Quiberon, Quiberon (Belle-Isle-en-Mer), Lorient (Port-Louis, Larmor), Quimperlé (Pouldu), Concarneau (Beg-Meil, Fouesnant), Quimper (Bénodet), Pont-Labbé (Langoz, Loctudy), Douarnenez, Chateaulin (Pentrey, Crozon, Morgat).

La durée de validité de ces billets (33 jours) peut être prolongée d'une, deux ou trois périodes successives de 10 jours, moyennant le paiement, pour chaque période, d'un supplément égal à 10 0/0 du prix du billet.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Société d'éditions scientifiques, 4, rue Antoine-Dubois, Paris.

Guide pratique pour le traitement des névroses, par le Dr Emile Laurent. — Paris, 1893.

Formulaire pratique pour les maladies de la bouche et des dents, suivi du Manuel opératoire de l'anesthésie par la cocaïne en chirurgie dentaire. — Paris, 1893.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU 16 AU 22 AVRIL 1893

Fièvre typh., 13.—Typhus, 6.—Variole, 0.—Rougeole, 23.—Scarlatine, 3.—Coqueluche, 39.—Diphtérie, croup, 36.—Grippe, 96.—Affections cholériformes, 0. — Phtisie pulmonaire, 210. — Méningite tuberculeuse, 20. — Autres tuberculoses, 13. — Tumeurs cancéreuses et autres, 41. — Méningite, 39. — Congestion et hémorrhagie cérébrale, 63. — Paralysie, 19. — Ramollissement cérébral, 4. — Maladies organiques du cœur, 100. — Bronchite aiguë et chronique, 142. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 327. — Autres affections de l'appareil respiratoire, 109. — Gastro-entérite des enfants : sein, biberon et autres, 64. — Fièvre et péritonite puerpérales, 8. — Autres affections puerpérales 2. — Débilité congénitale, 31. — Sénilité, 61. — Suicides, 26. — Autres morts violentes, 16. — Autres causes de mort, 161. — Causes inconnues, 9. — Total : 1673.

(1) Voyage d'aller, seulement 25 francs ; voyage de retour seulement (de Civita-Vecchia), 20 francs ; de Naples, 25 francs. Très belle excursion pour les personnes qui ne craignent pas la mer.

Le Rédacteur en chef et gérant : F. DE RANSE.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame. — Téléphone.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Rédacteur en chef : M. le Dr F. DE RANSE

Comité de Rédaction : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN
J. ARNOULD (de Lille), P. FABRE (de Commentry), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon)

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 58, avenue Montaigne (Rond-Point des Champs-Élysées)

ORTHOPÉDIE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES CONTRACTURES CONGÉNITALES,

Par P. Redard,
Chirurgien du Dispensaire Furtado-Heine.

Les observations de contractures congénitales, musculaires et articulaires, généralisées à plusieurs segments des membres, sont extrêmement rares.

L'étude de ces déformations et leur pathogénie peuvent donner quelques utiles renseignements sur le mécanisme de la production des vices de conformation, et particulièrement du pied bot congénital, aussi croyons-nous utile de présenter quatre cas que nous avons récemment observés. Notre première observation est surtout intéressante en raison de la généralisation des contractures avec déformations notables des membres inférieurs et supérieurs et des résultats thérapeutiques obtenus.

Observation I. — *Contractures congénitales, musculaires et articulaires des membres inférieurs et supérieurs.*

Ch..., enfant du sexe féminin, atteinte de difformités congénitales multiples, est présentée à notre consultation du Dispensaire Furtado-Heine, le 10 juillet 1888, à l'âge de 2 mois. L'accouchement de cet enfant a lieu à terme, le 8 mai 1888, *par le siège* et après quelques difficultés d'extraction des bras, au bout de sept heures. Pendant les dernières manœuvres, le bras droit a été fracturé à sa partie moyenne.

La sage-femme remarque immédiatement que le sujet est plié en deux, les membres inférieurs fortement fléchis et, exactement appliqués sur le tronc. Les pieds, déviés en dedans, reposent sur les parties latérales et supérieures de la poitrine et s'entrelacent au-dessous de la racine du cou. Les membres supérieurs sont en extension, appliqués contre les parties latérales du tronc. Les poignets et les mains repliés en flexion ; les doigts, fléchis dans les mains, reposent sur la partie supérieure et antérieure des cuisses.


Figure 1. Enfant à l'âge de deux mois.

Pendant plusieurs jours, les membres conservent la position vicieuse indiquée. Ce n'est qu'au bout de dix jours que l'on peut étendre en partie les cuisses sur le bassin et emmailloter assez convenablement l'enfant. Toutes les articulations des membres supérieurs et inférieurs sont absolument raides, en extension ; seules les articulations des hanches conservent des mouvements de flexion sur le bassin.

La fracture du bras est soignée à l'hôpital des Enfants et la consolidation est obtenue au bout de vingt-cinq jours.

L'enfant est bien portant, se développe comme un sujet normal du même âge.

FEUILLETON

DOCUMENTS POUR SERVIR A L'HISTOIRE DE LA MÉDECINE.

I. — Annales des professeurs des académies et universités alsaciennes (1523-1871), par Oscar Berger-Levrault. In-8, CCXLV-308 p. et tableaux, Nancy, 1892. — II. La médecine à Paris, ses origines. La première école, rue du Fouarre, rue aux Rats, rue de la Bucherie, par M. L. Augé de Lassus. In *Bulletin officiel de l'Association syndicale professionnelle des médecins de la Seine*, numéro du 15 avril 1893. — III. Curiosités de l'histoire des remèdes comprenant des recettes employées au moyen âge dans le Cambrésis, par le Dr H. Coulon, In-8, 156 p., Cambrai, 1892. — IV. Accoucheurs et sages-femmes célèbres. Esquisses biographiques, par A. J. Witkowski In-8, VI-390 p. avec fig. Paris (sans date). — V. Anecdotes et curiosités historiques sur les accouchements, par A.-J. Witkowski. In-8, III, 213 p. Paris, 1892. — VI. L'esprit de tout le monde, compilé par Lorédan Larchey. Joueurs de mots. 2e édit. In-8, XXXVII-358 p. Paris, Nancy, 1892. — VII. L'esprit de tout le monde, compilé par Lorédan Larchey. Les riposteurs. In-8. XXXVIII-336 p. Paris, Nancy, 1893.

I. *Exegi monumentum aere perennius*... peut dire, en toute sincérité, comme Horace, M. Oscar Berger-Levrault. Son livre restera, parce qu'on ne pourra s'en passer. Au point de vue historique universitaire général, il est le plus important de tous les ouvrages parus ces dernières années, parce qu'il est à la fois historique et biographique; au point de vue spécial qui est l'Alsace, il est unique en son genre. C'est une œuvre patriotique.

Je ne puis mieux faire que d'indiquer ici ce que contient cet important ouvrage, où la médecine tient une large place.

L'introduction historique, accompagnée de pièces originales, nous fait assister à la création et au développement des diverses écoles et facultés qui ont constitué successivement l'ancienne Université de Strasbourg (école, gymnase, académie, université) ; l'université épiscopale (académie de Molsheim, séminaire épiscopal, université épiscopale, école de Molsheim) de 1523 à 1792, puis vient ensuite la période transitoire de 1794 à 1808, la nouvelle académie avec ses cinq facultés de 1808 à 1870, et aussi les annexes tels que l'hôpital

Les antécédents héréditaires n'offrent rien de particulier à noter. La mère a toujours eu une excellente santé. Elle a cinq enfants très robustes, sans difformités congénitales, ni affections nerveuses. La dernière grossesse a été normale, sans traumatisme, ni autre accident. Le père s'est toujours bien porté et n'a jamais eu d'affection diathésique ou nerveuse. Il est à remarquer que la sœur du père de l'enfant est idiote.

A notre examen, nous constatons de nombreuses difformités, représentées dans la figure 1.

Aux membres inférieurs :

1° Un double pied bot varus équin ;

2° Une contracture en extension et en adduction des articulations du pied et tibio-tarsiennes, à droite et à gauche ;

3° Une contracture en extension des deux articulations du genou ;

4° Une contracture en flexion assez prononcée des deux articulations des hanches, avec entraînement du bassin et forte ensellure pendant des mouvements d'extension de ces articulations.

Aux membres supérieurs :

1° Une double main bote caractérisée par une flexion très prononcée de la main sur l'avant-bras et des doigts sur la main et une légère déviation latérale en dehors des mains à droite sur le bord radial, à gauche sur le bord cubital de l'avant-bras;

2° Une contracture en extension des deux articulations du coude.

3° Une contracture prononcée des articulations de l'épaule auxquelles on ne peut imprimer aucun mouvement passif.

Les principaux muscles des membres sont durs, rigides et ne jouissent d'aucun mouvement actif ou passif.

En raison de ces diverses difformités, le jeune enfant a un aspect tout spécial (*fig.* 1). Il ressemble à une poupée en bois sans articulations.

Un examen attentif des diverses régions donne les résultats suivants :

Les deux pieds sont en varus équin très prononcé. Le pied gauche est plus déformé que le droit. Les orteils sont fléchis sur les métatarsiens. Les plantes des pieds présentent une forte concavité dirigée en dedans. Les bords internes décrivent une courbe à concavité interne plus prononcée à gauche qu'à droite.

Les manipulations ne permettent pas la réduction de la difformité. Pendant ces manœuvres, l'aponévrose plantaire et le tendon d'Achille se tendent fortement.

Les articulations tibio-tarsiennes sont contracturées en extension, tous leurs mouvements, excepté ceux d'adduction, sont très limités.

Les articulations des genoux sont absolument rigides en extension, tout mouvement passif de flexion est impossible. Les surfaces articulaires paraissent normales, *mais les rotules sont absentes des deux côtés.*

Les cuisses sont en flexion marquée sur le bassin. Les mouvements de flexion sont très étendus et permettent de placer l'enfant dans la position qu'il avait au moment de la naissance, et probablement pendant la vie intra-utérine, c'est-à-dire les membres inférieurs pliés, au niveau des articulations des hanches, sur le bassin et exactement appliqués contre le tronc. Les mouvements passifs d'extension, le sujet debout ou couché, sont impossibles, et produisent l'entraînement du bassin avec forte ensellure. Les mouvements de rotation en dedans et en dehors, d'abduction et d'adduction, sont limités. Le membre inférieur droit est en abduction prononcée et dans la position indiquée dans la figure 1. On éprouve une assez grande difficulté à le rapprocher du membre inférieur gauche. La colonne vertébrale offre une forte ensellure lombaire sans autre déviation. Le bassin, le thorax, etc., sont normaux.

Les doigts sont fléchis en griffe sur la main, avec contracture en flexion de toutes leurs articulations. La main est fléchie sur l'avant-bras, légèrement entraînée du côté du bord radial à droite, du côté du bord cubital à gauche. Tout mouvement au niveau des doigts de la main et du poignet est impossible.

Les deux articulations du coude sont immobilisées en extension, avec impossibilité de produire le moindre mouvement de flexion. La palpation attentive permet très difficilement de reconnaître la place de l'articulation et l'état des surfaces articulaires.

Les olécrânes sont rudimentaires et atrophiés.

Les articulations de l'épaule sont contracturées, tous leurs

---

militaire d'instruction (1795 à 1850), l'Académie protestante et le séminaire (1803 à 1818), puis la faculté (1818 à 1872), les séminaires divers, l'école des hautes études théologiques ou Sorbonne (1827 à 1842), l'école du service de santé militaire (1860 à 1870) et les écoles libres de pharmacie créées par l'initiative privée en 1870, afin d'attendre l'organisation de la Faculté de Nancy et fermées le 30 septembre 1892, dernier délai d'option pour la nationalité.

Chacun des établissements scolaires énumérés ci-dessus est l'objet d'une notice accompagnée de documents d'un grand intérêt : lettres-patentes, ordonnances, décisions et arrêts ou décrets. Nous y trouvons aussi un aperçu fort bien fait de l'histoire de la médecine et de la chirurgie à Strasbourg, c'est-à-dire de l'ancien collège médical, du collège de chirurgie, des hôpitaux, de l'école d'accouchement, établissements qui n'ont point fait partie de l'Université, mais qu'il était difficile de passer sous silence.

Les annales des professeurs proprement dites comprennent par ordre alphabétique, les nom, prénoms, date de naissance, date de décès, date de doctorat, date et titre des fonctions, avec la résidence de tous les professeurs des diverses corporations qui ont fait partie des académies et universités alsaciennes depuis leur création jusqu'en 1792. Le tableau-programme des cours de chaque établissement scolaire dressé par année, donne une idée nette de l'enseignement de ces établissements.

L'ouvrage de M. O. Berger-Levrault représente donc un immense travail appelé à rendre les plus grands services aux historiens et aux biographes. Quelques lacunes difficiles mais non pas impossibles à combler, sont signalées par l'auteur lui-même, qui remercie d'avance tous ceux qui lui auront permis de compléter son œuvre et nous tous qui aimons l'histoire médicale de notre pays, nous devons lui venir en aide.

II. — Je sais plus d'un médecin qui n'a jamais eu l'occasion de faire le pèlerinage de la rue de la Bucherie, pour y revivre du passé. Il y trouvera les restes à peu près intacts de notre

mouvements passifs sont abolis, il existe cependant quelques mouvements très limités de flexion de l'articulation de l'épaule gauche. Les surfaces articulaires sont normales.

L'aspect de la peau est presque normal ; elle est cependant épaissie, ainsi que le tissu cellulaire sous-cutané au niveau des membres inférieurs.

Comparés à ceux d'un enfant du même âge, les membres ne paraissent pas atrophiés. On est frappé par l'absence de plis articulaires et l'aspect uniforme des membres dont le volume est le même, dans toute leur étendue, à leurs extrémités et à leur racine.

Par la palpation, on sent que ces muscles sont rigides, contracturés et ont une consistance ligneuse.

L'enfant ne fait aucun mouvement actif volontaire avec ses membres. Il fléchit quelquefois la cuisse sur le bassin.

Toutes les principales fonctions, digestion, miction, défécation, etc., s'accomplissent régulièrement ; en dehors des faits signalés, il n'existe pas d'autres anomalies.

En raison du jeune âge de l'enfant, on ne peut obtenir d'indications précises sur l'état de la sensibilité, des réflexes et des réactions électriques.

Le traitement est immédiatement commencé et régulièrement continué pendant quatre ans. Il consiste dans des manipulations de redressement, des massages, des mouvements rythmiques de flexion et d'extension des principales articulations, des séances d'électrisation avec des courants interrompus. Les pieds sont redressés manuellement tous les jours, en employant une force de plus en plus grande. Bientôt la ténotomie des deux tendons d'Achille est faite et les pieds, suivant notre pratique habituelle de traitement du pied bot congénital, sont immobilisés, après redressement forcé, dans des appareils inamovibles en silicate.

Les résultats obtenus sont rapides. Les principales articulations ont des mouvements étendus. Les pieds sont absolument redressés, souples et reposent à plat sur le sol. Vers l'âge de 2 ans, l'enfant commence à marcher ; il fait des mouvements volontaires actifs, principalement avec ses membres inférieurs. Les articulations tibio-tarsiennes sont souples et les mouvements passifs sont possibles dans toutes les directions. Les genoux peuvent se plier sous un angle de 40°. Pendant les mouvements de flexion, on entend des craquements très nets. Les mouvements d'extension de la hanche sont plus étendus. L'abduction, l'adduction, la rotation en dehors et en dedans sont normales.

L'entraînement du bassin et l'ensellure lombaire sont peu prononcés.

Les doigts sont notablement redressés, la main est moins fléchie sur le poignet. Les mouvements actifs de préhension sont possibles, même pour des objets assez lourds. Le coude droit, sous l'influence des manipulations de redressement, peut se fléchir un peu ; aucune amélioration n'est obtenue pour le coude gauche qui reste absolument rigide, contracturé en extension. L'articulation de l'épaule gauche possède des mouvements assez étendus de flexion, d'abduction ; l'articulation de l'épaule droite est moins mobile et pendant les divers mouvemets passifs, l'omoplate est entraîné en masse sans que l'on perçoive aucun déplacement de la tête humérale sur l'omoplate.

Certains groupes musculaires, le deltoïde, les extenseurs des doigts, les quadriceps fémoraux, les jambiers antérieurs et extenseurs des orteils restent atrophiés, se développent peu malgré le traitement.

A l'âge de 2 ans 1/2, le sujet se trouve dans l'état représenté dans la figure 2.

Des observations prises à plusieurs reprises pendant les quatre premières années de la vie du sujet, il faut retenir les principaux faits suivants :

FIGURE 2.
Enfant à l'âge de 2 ans.

L'intelligence est vive. L'enfant parle, entend normalement.

Il n'existe aucun trouble des facultés cérébrales et des sens spéciaux. La miction, la défécation sont normales.

Il n'y a jamais eu de convulsion ni autres accidents nerveux.

La peau et le tissu cellulaire sous-cutané des membres sont épaissis. Les ongles ne sont pas altérés.

La température de la peau est normale. L'enfant ne se re-

---

ancienne école de médecine, l'amphithéâtre à peu près complet où les premiers maîtres de notre corporation ont donné leurs leçons, les salles d'examen, etc. Une société, qui s'est donné la mission de sauver les vieux monuments parisiens de la destruction fatale à laquelle ils sont voués par suite du percement des grandes voies, société composée de membres de l'Institut, d'archéologues et de médecins, voudrait conserver et faire restaurer cette ancienne école de médecine, qui pourrait être utilisée, soit par la ville, soit par la Faculté même, pour un musée d'hygiène par exemple. Notre confrère M. Le Baron s'est mis à la tête de ce mouvement, des démarches publiques vont être tentées ; il faut l'aider par tous les moyens possibles. En attendant, j'engage nos lecteurs à lire l'intéressante conférence faite par M. Angé de Lassus conférence insérée dans le *Bulletin* de l'Association syndicale des médecins de la Seine ; c'est une page d'histoire médicale très exacte.

III. M. le Dr Coulon nous apprend qu'il a eu la bonne fortune de trouver à la bibliothèque communale de Cambrai, un manuscrit du XIIIe siècle (n° 251) écrit en langue romane et contenant un certain nombre de recettes médicales employées dans le Cambrésis. Il en a fait la traduction et la publie en l'accompagnant d'un aperçu historique de la thérapeutique chez les anciens, jusqu'au XIIIe siècle, date du manuscrit, puis de celle des XVe au XIXe siècles.

Si les Babyloniens avaient coutume, rappelle M. Coulon, d'exposer leurs malades sur les places publiques, afin que les passants ayant souffert du même mal, pussent leur offrir des conseils et les engager à pratiquer ce qu'ils avaient vu réussir en pareil cas, usage répandu dans tous les pays d'alentour et qui a précédé la coutume d'inscrire sur les murs des temples les remèdes employés pour diverses maladies, on comprend aisément comment la plupart de ces remèdes sont devenus populaires.

L'or chez les Hindous était un puissant tonique, le sang se donnait à l'intérieur comme reconstituant, le fruit du tamaris

froidit pas plus facilement que les autres sujets normanx du même âge.

La sensibilité an tact, à la doulenr, à la température, le seus musculaire sout normaux.

Les réflexes cntanés sout peu marqués. Les réflexes rotuliens sout faibles à droite, très pen prouoncés à gauche.

Il existe une atrophie des membres inférieurs, indiquée dans le tableau ci-dessous, obteun eu comparaut les meusurations obteunes chez notre malade à celles prises sur un enfaut bien portant du même âge.

Enfant atteint de contractures multiples.	Enfant sain.	
12 c.	15 c.	Au tiers inférieur de la jambe.
14 c.	20 c.	A la partie moyenne de la jambe.
17 c.	19 c.	A la partie supérieure de la jambe.
21 c.	22 c.	Au tiers inférieur de la cuisse.
23 c.	26 c.	A la partie moyenne de la cuisse.
27 c.	28 c.	A la partie supérieure de la cuisse.

L'atrophie porte principalement sur les groupes des exteuseurs de la jambe et de la cuisse.

Les membres supérieurs sont moius atrophiés que les inférieurs, l'atrophie a surtout atteint les fléchisseurs de l'avaut-bras, le deltoïde et les pectoraux.

Les contractious musculaires et articulaires *ne disparaissent pas sous le sommeil chloroformique.*

Les mouvements passifs se font pour les diverses articulations suivant nos indications précédentes.

Les mouvements actifs se sont notablement développés dans ces deruières années. La flexiou volontaire de la cuisse sur le bassin est uormale. La flexion du geuou est limitée, l'extension plus facile.

L'extension du pied sur la jambe et la flexiou des orteils sur les métatarsiens s'effectue assez bieu. La flexion dn pied sur la jambe et l'extension des orteils sur les métatarsieus, les mouvemeuts de latéralité sout imparfaits.

Sous l'influeuce des couranuts faradiques, le triceps crural, les muscles postérieurs de la cuisse se coutractent presqne normalement.

Les muscles autérieurs de la jambe, les extenseurs des orteils répoudent peu aux courants. Les muscles postérieurs de la jambe, les fléchisseurs des orteils se contracteut très fortement. Quand on électrise les muscles autérieurs de la jambe, ce sout les fléchisseurs qui répoudent et entrent en contraction.

On obtient les mêmes résultats sons l'influence des courants galvaniques.

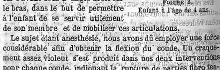
Le triceps brachial répoud peu à l'électrisation par des courants interrompus. Les muscles postérieurs du bras se coutractent uormalement.

Les exteuseurs de l'avant-bras ue présenteut aucune coutraction, les fléchisseurs se contractent au contraire très éuergiquement. Pendaut l'électrisatiou des groupes exteuseurs de l'avant-bras, les doigts se fléchisseut fortement.

Les courants galvauiques donuent des résnltats à peu près analogues.

Les muscles deltoïdes répondent mal aux courauts faradiques. Les sus-épiueux et sous-épineux se coutracteut uormalement.

L'examen du genou pratiqué récemment avec une très grande atteutiou indique que les deux rotules sout absentes.


FIGURE 3.
Enfant à l'âge de 4 ans.

Dans ces deruiers temps nous avons pratiqué le redressement forcé des deux coudes, afin de placer l'avant-bras à angle droit sur le bras, dans le but de permettre à l'enfant de se servir utilement de son membre et de mobiliser ces articulations.

Le sujet étant anesthésié, nous avons dû employer uue force cousidérable afin d'obtenir la flexiou du coude. Uu craquement assez violeut s'est produit dans uos denx interventions ponr chaque coude, indiquaut la rupture de parties fibro-tendiueuses, péri-articulaires résistantes. Peudant ce redresse-

---

était prescrit contre les fièvres chaudes, et comme uu léger purgatif, l'urine était employée dans les embarras gastriques et coutre les maux de uerfs, etc., rieu d'extraordinaire puisque les pharmacopées, jusqu'au XVIIIe siècle, parlent encore : de pondre de fieute d'âne, de fiel de bœuf, de cendre de grenouilles, de beurre d'écrevisses, d'ougueut de chat, etc. Il est très vrai que l'esseuce d'urine est en baisse, bieu que Mme de Sévigné ait eu fort à s'eu louer, lorsqu'elle écrivait à sa fille le 13 juin 1685 : « Pour mes vapenrs, je pris 8 gouttes « d'essence d'urine, et coutre son ordinaire, elle m'empêcha « de dormir, mais j'ai été bien aise de repreudre de l'estime « pour elle, je u'en ai pas eu besoiu depuis... » Par coutre, l'or reparaît de temps à autre daus de uouvelles formules, l'infusion de tamaris est deveuue le tamar indieu, etc., etc.

Le recneil de recettes découvert par notre confrère M. Coulon, ue manque pas d'imprévu, bien qu'un grand nombre de ces recettes arriveut en ligne plus on moins droite, de Dioscoride et il y a cent à parier contre un qne la plnpart d'entre elles sont encore en usage dans quelques villages du Cambrésis. Eu voici quelques-uues : Contre la teigne, conper les cheveux ras, prendre dn fiel de bœuf bieu trempé dans du vinaigre et frotter. Pour ceux qui out la vue trouble : prendre du jus de verveine, le mêler à du lait de femme et en laisser goutter dans les yeux. Contre les écrouelles : prendre nu lézard, le faire frire dans l'huile et frictiouner. Coutre les dents noires : prendre le charbon de branches de vigne et frotter les dents, elles blanchiront. Coutre les poux et les lentes : piler du lierre et laver la tête avec le jns.

Qnelques-unes de ces formules sont restées, la poudre de charbon et l'eau de lierre. Je ne jngerais pas d'ailleurs, que l'inscriptiou suivante à attacher sur le ventre de la femme en travail, ne produit pas de bons résultats. *Maria peperit Christum, Anna, Mariam, Elisabeth eclina remigium, sator arepo tenet opera rotas.* J'ai tronvé en usage dans le centre et dans le midi une invocation analogue, qn'il suffit de prononcer à haute voix, ce qui est encore plus simple que de l'écrire.

ment nos mains étaient très rapprochées de l'interligne articulaire afin d'éviter les disjonctions épiphysaires. Après le redressement, les condes ont été immobilisés à angle très aigu, sous un appareil plâtré. Les suites opératoires ont été simples.

Le sujet a aujourd'hui ses avant-bras fléchis à angle droit sur les bras, il peut faire de faciles mouvements de flexion des avant-bras sur les bras et porter ses mains à sa bouche.

Pendant le sommeil chloroformique, nous avons, à deux reprises, pratiqué un mouvement de redressement forcé des poignets et des doigts.

L'enfant se trouve actuellement dans la situation représentée dans la figure 3.

En résumé après un traitement rigoureux, ce jeune malade est aujourd'hui dans un état très satisfaisant. Ses principales articulations sont mobiles. Il peut marcher facilement et sans claudication. Il peut se servir utilement de ses membres supérieurs.

Nous continuerons par des manipulations, du massage, de l'électricité à rechercher la mobilisation complète des quelques points atteints encore de raideurs.

(*A suivre.*)

HYGIÈNE INTERNATIONALE

SUR LE SYSTÈME SANITAIRE ADOPTÉ PAR LA CONFÉRENCE DE DRESDE POUR ÉTABLIR DES MESURES COMMUNES PROPRES A SAUVEGARDER LA SANTÉ PUBLIQUE EN TEMPS D'ÉPIDÉMIE CHOLÉRIQUE, SANS APPORTER D'ENTRAVES INUTILES AUX TRANSACTIONS COMMERCIALES ET AU MOUVEMENT DES VOYAGEURS (1),

Par M. BROUARDEL.

Il y a un an, j'avais l'honneur de communiquer à l'Académie les conclusions adoptées en janvier 1892 par la conférence sanitaire internationale de Venise. Actuellement, toutes les puissances européennes ont adhéré à cette convention. Les délégués français avaient réussi à faire adopter à Suez la réforme que le Comité d'hygiène poursuit depuis huit ans :

(1) Académie des Sciences.

« Substitution à un système quarantenaire pratiqué depuis des siècles, vexatoire et incertain dans ses résultats, d'un système plus rapide et plus certain ; la désinfection par les appareils à vapeur sous pression et par les agents antiseptiques des linges sales, des objets, des vêtements souillés et des navires ou des parties de navire infectés. »

Le succès obtenu à Venise encouragea l'Autriche-Hongrie à prendre l'initiative d'une nouvelle réunion analogue. Le but n'était plus cette fois de régler les mesures propres à empêcher le choléra d'entrer en Europe. La donnée était celle-ci :

« Le choléra a pénétré dans un des États de l'Europe, quelles sont les règles à observer, au point de vue du transit des voyageurs et des marchandises, pour protéger les autres États. »

Cette nouvelle conférence s'est ouverte à Dresde, le 11 mars 1893. 19 puissances étaient représentées ; le Gouvernement français avait choisi les mêmes délégués qu'à Venise : MM. Barréré, ministre plénipotentiaire à Munich, M. le professeur Proust et moi.

Dès les premières séances, il fut manifeste que deux préoccupations opposées se trouvaient en présence. L'épidémie de choléra de 1892 avait montré quelles entraves non justifiables les puissances quarantenaires, je dirai volontiers ultraquarantenaires, pouvaient imposer au commerce des autres nations.

Les puissances qui avaient été les victimes de ces prohibitions, à leur tête l'Allemagne, l'Autriche et l'Angleterre, voulaient qu'une convention fixât les limites des mesures que les diverses puissances pouvaient appliquer aux transactions commerciales. Ces limites ne pouvaient être dépassées. Cette limitation était donc obligatoire. Mais elles ne voulaient pas que la convention rendît obligatoires les mesures sanitaires applicables sur les frontières pour empêcher le choléra de se propager d'un pays à l'autre par les voyageurs ou leurs bagages. Ces mesures, suivant elles, devaient rester purement facultatives.

Les puissances quarantenaires, au contraire, plus préoccupées de ne pas laisser pénétrer le choléra sur leur territoire que de protéger le commerce, ne voyant dans la convention projetée aucune garantie contre cette inva-

---

Notre fin de siècle a donné, après tout, l'explication merveilleuse de toutes ces choses : la suggestion et l'auto-suggestion, et il y a lieu de se dépêcher d'en profiter, pendant que c'est encore de mode ! Quoi qu'il en soit, le petit volume de M. Coulon est bon à lire, il y a là les éléments d'un ouvrage historique plein d'intérêt. L'auteur qui a beaucoup lu, devrait le tenter. Je me permets de lui signaler quelques fautes d'impression dans les noms propres : Marey et non Marcy, Desormeaux et non Désormeau, etc.

III.-IV. — Les livres de notre confrère M. Witkowski sont d'une lecture facile et il y a plus, je gagerais que leur auteur a pris autant de plaisir à les écrire que les lecteurs en auront à les lire. Le volume qui porte pour titre : *Accoucheurs et sages-femmes célèbres*, constitue bien une série d'esquisses biographiques rangées, non point sous forme de dictionnaire, par ordre alphabétique, mais suivant l'ordre chronologique. Les esquisses (pour parler comme l'auteur) qui concernent les sages-femmes françaises, sont suivies de celles qui regardent les sages-femmes étrangères, il en est de même pour les accoucheurs, et si accoucheurs et sages-femmes n'étaient point séparés, ce livre pourrait, sans grandes additions, constituer un résumé historique de l'obstétrique.

Maintenant, l'on fera remarquer sans doute, que certaines biographies sont un peu trop étendues, au détriment de quelques autres, mais l'auteur a cru devoir faire un tri parmi les documents qu'il avait réunis, et il a choisi, on. bien les plus intéressants, ou ceux qu'il considère comme moins connus, sans s'astreindre à une méthode rigoureuse.

A ce défaut de méthode les lecteurs perdront et gagneront. J. Clément, par exemple, tient en quelques lignes. Il a eu cependant sa célébrité. C'est lui, je crois bien, qui faisait placer sur le ventre de ses accouchées, la peau encore chaude d'un mouton qu'on venait de tuer, et sur les parties génitales des mêmes femmes en travail, une sorte d'omelette à l'huile d'amandes douces. S'il n'a pas accouché masqué et incognito, Mlle de Lavallière, ce serait peut-être Mme de Montespan, on

sion possible, semblaient résolues à rester fidèles à l'ancien système quarantenaire.

Les délégués français développèrent une opinion différente qui peut se résumer ainsi : c'est à tort que l'on oppose les intérêts commerciaux aux intérêts sanitaires, les deux sont absolument solidaires. Si les hygiénistes font adopter des prohibitions trop restrictives, ils apportent un tel trouble dans les transactions commerciales qu'ils créent la misère. Or, au point de vue de l'hygiène, si on laisse se constituer des foyers de misère, on prépare des victimes pour l'épidémie ; ces mesures excessives marchent en sens inverse du but à atteindre. Si, au contraire, pour ne pas nuire aux intérêts économiques on prend des mesures prophylactiques insuffisantes, on ouvre les portes au choléra ainsi qu'à la misère, sa compagne inséparable.

Nous avons demandé par conséquent que la limite des entraves que l'on est en droit d'imposer au commerce soit obligatoire, mais qu'en même temps les mesures prophylactiques internationales le soient également.

Cette doctrine se heurta aux instructions dont les délégués des diverses puissances étaient porteurs. Dans la séance du 20 mars, après une discussion qui fut soutenue au nom de l'Allemagne et de l'Angleterre par MM. R. Koch et Thorne-Thorne, et, d'autre part, par les délégués français, la conférence décida contre notre avis, par 14 voix, que la désinfection des objets souillés des voyageurs serait facultative. Seuls les délégués de France, de Grèce, de Russie et de Turquie votèrent pour la désinfection obligatoire.

Les délégués français ne laissèrent pas ignorer que leur mission se trouvait terminée par ce vote. Ils ne pouvaient proposer à leur gouvernement de signer une convention qui ne formulait aucune garantie pour la santé publique.

A la suite de négociations continuées hors séance, nous présentâmes le 22 mars la proposition suivante, presque identique à celle qui avait été repoussée deux jours auparavant :

« La désinfection sera obligatoire pour le linge sale, les hardes et objets souillés provenant de la circonscription territoriale déclarée contaminée. »

Elle fut adoptée à l'unanité, sauf par l'Angleterre qui fit quelques réserves.

Je ne saurais rappeler, sans trop allonger cette note, l'histoire complète des négociations qui suivirent. Nous eûmes encore quelques luttes à subir sur le terrain de la défense sanitaire ; nous eûmes la satisfaction de faire accepter nos propositions par la grande majorité des puissances et de ne voir voter aucune décision à laquelle nous nous soyons opposés.

La convention signée le 15 avril peut se résumer ainsi :

Le gouvernement du pays contaminé notifiera dès son apparition aux autres gouvernements l'existence sur son territoire d'un foyer cholérique. Chaque gouvernement ne sera lui-même renseigné sur l'existence de ces épidémies que s'il a organisé chez lui la déclaration obligatoire par les médecins des cas de choléra.

Les gouvernements ainsi prévenus devront publier immédiatement les mesures qu'ils prescriront au sujet des provenances de la circonscription contaminée ; mais elles ne seront appliquées qu'à la circonscription territoriale infectée et non au pays tout entier dans lequel se trouve cette circonscription.

Les seuls objets ou marchandises susceptibles qui peuvent être prohibés sont :

1° Les linges, hardes et vêtements portés, les literies ayant servi ;

2° Les chiffons et les drilles. Exception est faite pour certaines catégories de chiffons qui ont subi des manipulations particulières.

Pour les bagages : la désinfection sera obligatoire pour le linge sale, les hardes, vêtements et objets provenant d'une circonscription territoriale déclarée contaminée et que l'autorité sanitaire locale considérera comme dangereux.

Il n'y aura pas de quarantaine terrestre. Seuls les malades cholériques et les personnes atteintes d'accidents cholériformes pourront être isolées et retenues aux frontières.

Dans les ports, les navires infectés (navires ayant le choléra à bord ou ayant eu des cas de choléra depuis sept jours) seront soumis au régime suivant :

Les malades seront débarqués et isolés. Les autres personnes seront débarquées si possible et soumises à une observation qui ne pourra dépasser cinq jours et qui pourra être diminuée suivant la durée de la traversée et les conditions sanitaires générales du navire. Le linge sale et le navire ou la partie du navire contaminée seront désinfectés.

Les zones frontières, certaines catégories de personnes (bohémiens, pèlerins, émigrants, etc.), les vaisseaux faisant le cabotage sont soumis à un régime spécial.

A cette convention en est jointe une seconde basée sur les mêmes principes et réglant les mesures à prendre à l'égard des navires provenant d'un point contaminé et remontant le Danube.

Tel est le résumé des principaux articles de la convention conclue à Dresde le 15 avril 1893.

Elle a été signée immédiatement par les plénipotentiaires de l'Allemagne, l'Autriche-Hongrie, la France, l'Italie, le Luxembourg, le Monténégro, les Pays-Bas, la Russie, la Suisse.

Les plénipotentiaires n'avaient pas encore reçu leurs pleins pouvoirs, mais ils ont adhéré à la convention.

Les délégués de la Suède, du Danemark ont accepté *ad referendum* : ils recommanderont l'acceptation de la convention à leurs gouvernements.

---

toute autre grande dame qui l'aurait fait venir à ce propos. Mais il n'est pas le seul. Levret aussi aurait eu cette bonne fortune, d'autres encore et comme les historiens généraux aussi bien que ceux de la médecine, ne sont point d'accord entre eux, j'aurais voulu que M. Witkowski, qui a beaucoup lu, nous donnât son opinion. Je sais bien qu'il nous renvoie à son autre ouvrage, *les accouchements à la cour*, mais tous les lecteurs, à commencer par moi, n'ont pas cet ouvrage sous les yeux et c'est à coup sûr la biographie de Clément, en un seul morceau, que l'on devrait trouver dans *les accouchements célèbres*. Il y a-t-il reste une piquante monographie à faire avec ce titre : Les accoucheurs masqués !

(*A suivre.*) Dr A. DUREAU.

L'Espagne a déclaré qu'elle appliquerait les mesures prises sur terre, mais qu'elle n'était pas encore en état d'appliquer les mesures à prendre dans les ports.

La Roumanie et la Serbie ont voté toutes les propositions acceptées par la Conférence, mais leur situation géographique les place sous la dépendance sanitaire de la Turquie, et elles ne pourront se joindre aux autres puissances que lorsque la Turquie aura elle-même adhéré.

Le Portugal, la Grèce et la Turquie sont seuls restés fidèles à l'ancien système quarantenaire.

Bien que toutes les puissances n'aient pas accepté la convention, il y a lieu de penser que l'unanimité qui réunit les grandes puissances européennes entraînera l'adhésion des autres gouvernements. Ceux-ci auront une occasion toute naturelle d'entrer dans la convention, car, dans un an, une nouvelle conférence se réunira à Paris pour prendre, contre l'introduction du choléra en Europe par le golfe Persique et la Perse, des mesures analogues à celles qui ont été codifiées pour l'isthme de Suez.

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

UN CAS DE CANCER PRIMITIF DU POUMON.

On sait que, parmi les localisations primitives du cancer, celle qui atteint le poumon est une des plus rares. C'est au point que l'on pourrait dans la science compter le nombre des cas où cette localisation a été signalée, alors que celui des carcinomes secondaires est presque indéterminé. Les divers traités de pathologie et les articles spéciaux sont d'accord sur ce point, et font du cancer pulmonaire primitif une lésion tout à fait exceptionnelle. Cette particularité communique donc par avance un intérêt spécial à toutes les observations où l'existence d'une pareille lésion a été relevée, et c'est pourquoi nous avons cru devoir rapporter celle qu'on va lire, et qui nous paraît précisément constituer un document utile pour l'histoire de ce chapitre encore peu connu de la pathologie interne.

Le nommé G..., âgé de 51 ans, exerçant la profession de boucher, est entré à l'hôpital de la Pitié, le 11 février 1893. Trois jours avant son entrée à l'hôpital, il a ressenti, étant chargé d'un fardeau très lourd, une vive douleur dans le côté gauche. Rentré chez lui, il a été pris de frissons, de toux, avec apparition d'une douleur vive dans les fortes inspirations, comme celles qui suivent les quintes. Cette douleur produit et entretient une certaine gêne respiratoire. Le malade est contraint de s'aliter, puis au bout de peu de jours se décide à solliciter son admission à l'hôpital.

C'est un homme d'une apparence robuste, au facies coloré, ne paraissant avoir subi encore ni amaigrissement, ni perte des forces. Jusqu'à ce moment, sa santé aurait été irréprochable : elle n'a été traversée par aucune maladie antérieure. On releva seulement un traumatisme en 1883, une chute de la hauteur de 4 mètres qui a provoqué une hémoptysie, mais n'a produit aucune autre conséquence ultérieure. Il n'y a pas de trace d'infection syphilitique dans les antécédents. Mais il y a des soupçons motivés d'alcoolisme.

Au premier examen du malade, on constate une dyspnée accompagnée d'un point de côté assez violent qui siège à gauche, et paraît exagéré par la toux, la pression, etc.

Du côté de l'appareil respiratoire, on constate en arrière : 1° la conservation de vibrations thoraciques qui sont normales des deux côtés ; 2° un léger degré de submatité dans la fosse sus-épineuse du côté gauche ; 3° à l'auscultation, des râles sibilants et ronflants disséminés dans toute la poitrine. De plus, à gauche, vers l'aisselle, on constate un mélange de râles sous-crépitants fins et de frottements pleuraux.

En avant : légère matité du creux sous-claviculaire gauche ; au-dessous de cette zone de matité peu étendue, sonorité exagérée. Ce dernier phénomène se retrouve aussi à droite. Râles de bronchite des deux côtés, respiration emphysémateuse.

Au sommet gauche, souffle léger à l'inspiration. Le malade est affecté d'une toux fréquente : dans la nuit de samedi à dimanche, il a eu une hémoptysie assez abondante, constituée par du sang rouge, mélangé à une expectoration spumeuse. L'examen du cœur ne révèle rien d'anormal. Le pouls est un peu fréquent, la radiale est athéromateuse. T. ax. : 37°8.

Il n'y a ni troubles digestifs, ni répugnance pour les aliments. On ne constate rien de spécial à l'examen des autres viscères. Les urines ne présentent aucune trace de sucre, ni d'albumine.

Au-dessous du lobule de l'oreille gauche, on constate l'existence d'une petite tumeur arrondie, du volume d'un pois, qui paraît être un ganglion tuméfié. Dans l'aisselle, du même côté, on trouve également des ganglions augmentés de volume. Même constatation pour les ganglions inguinaux, qui sont plus développés à gauche qu'à droite.

Vers le 22 février, les symptômes pulmonaires se sont sensiblement améliorés du côté droit, mais ils persistent visiblement du côté gauche, au niveau duquel le point de côté initial persiste, avec son intensité primitive. Les divers moyens prescrits pour combattre cette douleur ont échoué. Il y a également une vive douleur à la pression entre les faisceaux sterno-claviculaires du sterno-cléido-mastoïdien gauche, et un point épigastrique.

A ce moment, la percussion permet de constater que la submatité du sommet gauche est devenue de la matité, et qu'elle a gagné en étendue. A l'auscultation, on trouve toujours, en arrière et à gauche, du haut en bas, des râles sibilants et ronflants ; les vibrations thoraciques sont conservées, en faisant parler et tousser le malade, on ne trouve rien d'anormal.

En avant, les signes d'auscultation ne se sont pas modifiés. Au sommet gauche, léger souffle ; au-dessous, frottements pleuraux. Le malade est très agité, atteint d'une dyspnée intense, hors de proportion avec les résultats que donne l'examen. Les hémoptysies sont devenues presque quotidiennes, mais l'expectoration n'acquiert pas l'aspect de la gelée de groseille.

Le facies est moins coloré que lors de l'entrée du malade : on y remarque même une pâleur spéciale. Les ganglions de l'aisselle et surtout ceux de l'aine, à gauche, ont visiblement augmenté de volume. La température s'est maintenue pendant tout le temps au chiffre normal.

Malgré le traitement, l'état du malade ne s'améliore pas — l'oppression continue, mais il n'y a pas de crises de suffocation. Quelques jours après les signes sont devenus plus nets à gauche.

10 mars. — On constate de ce dernier côté une diminution très nette des vibrations thoraciques et du murmure vésiculaire. La percussion dénote une matité complète, qui en

avant remonte jusque sous la clavicule. En arrière, il y a une matité occupant les fosses sus et sous-épineuses, le cœur est notablement déplacé, la pointe bat derrière le sternum — pas d'égophonie ni de souffle — persistance de quelques râles de bronchite.

A ce moment, une ponction exploratrice donne un liquide fortement hémorrhagique. La thoracentèse pratiquée immédiatement après fournit environ 1.200 gr. d'un liquide très visiblement hémorrhagique. A la suite, soulagement et diminution de la dyspnée, mais l'état général s'altère de plus en plus le faciès est pâle, cachectique, il y a perte complète des forces.

Du côté de l'appareil respiratoire, les signes d'épanchement ne tardent pas à réapparaître du côté gauche. A droite, on ne note que quelques râles sous-crépitants, à la base. — Au niveau de l'aine, les ganglions inguinaux se sont fortement développés ; deux ou trois ont le volume d'une petite noix. Ils sont d'ailleurs peu douloureux à la pression. Le ganglion sous-auriculaire a grossi, il présente maintenant le volume d'une grosse noisette. — Les ganglions axillaires n'ont pas subi d'accroissement visible. — La percussion du foie dénote une légère augmentation de volume; il déborde de un ou deux travers de doigt le rebord des fausses côtes.

Cinq jours après la ponction, le déplacement du cœur et l'oppression croissante motivent une nouvelle thoracentèse qui donne issu à 1.000 gr. d'un liquide rouge foncé, semblable à du sang presque pur. A partir de ce jour, l'état du malade empire très vite — agitation excessive — subdelirium. Mort 30 mars.

Autopsie. — Dans la cavité pleurale gauche, épanchement hémorrhagique d'environ 500 gr. Le poumon gauche est de volume à peu près normal, mais transformé en une masse dure et compacte, rappelant à la palpation le tissu hépatisé; il est entièrement recouvert d'une coque formée par le feuillet pleural épaissi : il ne crépite plus sous le doigt. Après avoir enlevé le feuillet pleural qui est fort adhérent, on constate que les 2/3 supérieurs de l'organe sont transformés en un bloc d'apparence blanc grisâtre : la section a de plus un aspect rugueux, criant sous le scalpel, et laissant écouler un peu de pus par le raclage. Le parenchyme est infiltré en totalité par cette néoplasie, le tissu pulmonaire a disparu presque complètement. Cependant le tiers inférieur du poumon paraît relativement indemne et présente des lésions d'œdème et de congestion pulmonaires. De ci de-là, quelques pertes de substance ou cavités, du volume d'une noisette, remplies d'une matière puriforme.

La surface interne des deux premières côtes est détruite en partie et infiltrée par le néoplasme. Le poumon droit paraît indemne; en avant, lésions d'emphysème. La base est congestionnée et œdématisée.

La trachée est déformée, comprimée par les ganglions péri-trachéo-bronchiques gauches qui sont cancéreux et très volumineux : de là, sa forme rectangulaire. Les ganglions inter-trachéo-bronchiques présentent la même altération, à un degré aussi prononcé. Ceux du groupe de droite paraissent indemnes. Le pneumogastrique gauche passe en arrière des ganglions cancéreux, ne paraissant être ni comprimé, ni altéré.

L'œsophage, l'estomac, l'intestin grêle, le gros intestin, le rectum sont normaux, et l'examen le plus minutieux n'y fait découvrir aucune lésion cancéreuse. Le foie est légèrement tuméfié. On constate à sa surface et à l'intérieur de petits noyaux cancéreux blancs, d'un volume variant de celui d'un grain de semoule à celui d'un pois; la vésicule biliaire est intacte. Le pancréas est également normal.

Les autres organes, cœur, cerveau, vessie, prostate, etc. examinés avec soin, n'offrent pareillement aucune lésion à noter.

Réflexions. — On voit par cette observation que, si l'on s'en tient aux données de l'examen macroscopique, nous avons bien eu affaire ici à un cas de dégénérescence cancéreuse primitive du poumon. L'intégrité absolue des autres viscères, c'est-à-dire des organes qui sont habituellement le point de départ des dégénérescences secondaires les plus fréquentes, comme l'on sait, ne saurait laisser subsister de doute sur ce point. Tout au plus pourrait-on se demander si la petite tumeur située au-dessus de l'oreille, ou si les ganglions axillaires et inguinaux dont nous avons noté l'altération similaire n'ont pas joué un rôle initial. On a soutenu, en effet, que la carcinose primitive des ganglions pouvait infecter le poumon par l'intermédiaire de leur aboutissant commun, le canal thoracique. Mais s'il en eût été ainsi, nous aurions vraisemblablement eu affaire à une carcinose secondaire, bilatérale, symétrique, à noyaux multiples, plus ou moins nombreux. Nous avons trouvé, au contraire, un poumon indemne, et la dégénérescence de l'autre poumon constituée par une masse à peu près unique, autour de laquelle on voyait seulement quelques noyaux détachés qui n'étaient certainement que des colonies secondaires à l'infiltration primitive, développées par une véritable auto-inoculation de voisinage. L'infiltration ganglionnaire constatée dans plusieurs régions était donc en réalité consécutive, au même titre que celle des groupes péri-trachéo-bronchiques, lesquels avaient seulement subi d'une manière plus immédiate et plus directe le retentissement de la lésion. D'ailleurs on sait maintenant la part que les ganglions superficiels peuvent prendre à la transformation cancéreuse des organes profonds, même les plus éloignés et les plus privés de connexion directe avec eux, et on connaît de ce chef la valeur séméiologique de leur altération. Notre observation est un nouvel et remarquable exemple de cette relation, — et un nouvel argument à l'appui de l'utilité que le clinicien peut retirer de l'examen réitéré de régions ganglionnaires, dans le cas où il y a lieu de suspecter une carcinose viscérale quelconque. De fait, l'altération des groupes axillaires et inguinaux, celle du ganglion sous-auriculaire et du groupe sus-claviculaire étaient au début, chez notre malade, le seul indice qui pût mettre sur la voie d'un diagnostic encore obscur, incertain, à peu près impossible à préciser. L'apparition des hémoptysies, et surtout la constatation d'une pleurésie hémorrhagique sont venues finalement écarter les doutes que l'examen des ganglions d'une part, le dépérissement de l'état général, d'autre part, n'avaient pu suffire à dissiper entièrement.

P. M.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

I. — Manuel d'électrologie médicale, avec 273 figures dans le texte, par G. Trouvé. Préface de M. le Dr Vigouroux. — Paris, O. Doin.

II. — TECHNIQUE D'ÉLECTROTHÉRAPIE, tome I, par MM. G. GAUTIER et J. LARAT. — Paris, Maloine.

III. — TRAITEMENT ÉLECTRO-STATIQUE DES MALADIES NERVEUSES, DES AFFECTIONS RHUMATISMALES ET DES MALADIES CHRONIQUES, par le Dr ARTHUIS, avec figures dans le texte. — Paris, O. Doin.

I. — Les applications de l'électricité à la thérapeutique, jusqu'alors assez restreintes, tendent à prendre, de nos jours, un plus grand essor. Il est même à souhaiter, dans l'intérêt des malades, que l'électrothérapie ne reste pas l'apanage de quelques spécialistes, mais devienne familière à la généralité des praticiens. C'est ce qui arrivera sans doute quand ceux-ci connaîtront mieux les lois générales du modificateur que la nature met à leur disposition, en même temps que l'instrumentation et la technique de la méthode. M. Trouvé l'a compris ainsi et, avec la compétence que personne ne saurait lui refuser, il a cherché, dans le manuel d'électrologie médicale, à condenser toutes les notions propres à instruire et à diriger le praticien dans l'emploi thérapeutique de l'électricité.

L'ouvrage se divise en trois parties :

1° Partie scientifique dans laquelle l'auteur expose les lois fondamentales de l'électricité, met le lecteur au courant des différentes unités (ampère, coulomb, volt, ohm, farad) adoptées en électrométrie, fait reconnaître les appareils de mesure et fournit une foule d'autres renseignements d'ordre scientifique extrêmement utiles ;

2° Partie instrumentale ou technique, dans laquelle il décrit les divers appareils usités en électrothérapie, machines électrostatiques, piles hydro-électriques, piles thermo-électriques, machines d'induction, appareils et instruments de diagnostic (polyscopes et photophores, explorateurs-extracteurs, appareils enregistreurs, etc.). De nombreuses figures ajoutent à la clarté des descriptions ;

3° Partie physiologique et thérapeutique, dans laquelle, abordant un terrain qui n'est plus le sien, et où sombrerait sa compétence, l'auteur fait appel à l'expérience des autres et reproduit, sans les juger, les observations, les expériences, les théories des principaux électro-thérapeutes. Cette partie contient des documents intéressants, mais n'était pas un complément indispensable des deux premières.

L'ouvrage se termine par un appendice qui en résume la partie instrumentale et dans lequel l'auteur indique les instruments ou appareils qui doivent constituer le fond d'un cabinet électrothérapique.

Il est aisé de voir, par ce court aperçu, que le manuel d'électrologie de M. Trouvé comble, au point de vue technique, une véritable lacune et qu'il est appelé à rendre de réels services aux praticiens.

II. — Sous le titre de *Technique d'électrothérapie*, MM. G. Gautier et J. Larat publient le premier volume d'un ouvrage d'assez longue haleine, « sorte de compendium d'électrothérapie, disent-ils dans leur avant-propos, destiné à tenir le public médical au courant des nouveaux procédés, des découvertes intéressantes qui modifient si rapidement et si profondément, à l'heure actuelle, l'électricité médicale ».

Il ne s'agit plus ici, comme dans le manuel précédent, de technique instrumentale, mais surtout de procédés, de méthodes intéressant au même titre la physiologie et la thérapeutique.

Le premier chapitre reproduit une série de conférences sur l'électro-biologie, conférences dans lesquelles les auteurs ont étudié successivement l'action de l'électricité sur la vie organique, l'organisme considéré comme électro-moteur, les lois de distribution des courants dans l'organisme, l'action des courants sur les tissus vivants, les applications de l'électricité au diagnostic.

Dans le second chapitre, les auteurs abordent l'étude des phénomènes électrolytiques, entre autres de l'électrolyse interstitielle, qui a fait l'objet de recherches particulières de la part de M. G. Gautier, et qui, suivant lui, réussit souvent dans des cas où la galvano-caustique chimique reste inefficace. Ils rapportent, à l'appui de cette assertion, un certain nombre d'observations cliniques, en insistant, d'autre part, sur les détails les plus importants de la technique opératoire.

Le volume se termine par la reproduction d'une communication sur les courants alternatifs en thérapeutique faite par les auteurs au congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences, session de Pau (septembre 1892).

III. — M. Arthuis a limité son travail aux applications de l'électricité statique à la thérapeutique, sujet qu'il a déjà abordé, il y a vingt ans, et que sa longue expérience lui permet de traiter aujourd'hui avec une autorité incontestable et incontestée. La première partie est consacrée à la description des appareils et à la technique opératoire ; dans la seconde, l'auteur passe en revue les différentes affections dans le traitement desquelles il a obtenu les meilleurs résultats de l'électricité statique « ce grand régulateur, suivant lui, de l'innervation et de la nutrition ».

F. DE R.

BULLETIN

Microbiologie : microbe et cellule végétale ; microbe et électricité. — Désinfection des locaux occupés par des tuberculeux. — Traitement des tuberculoses chirurgicales ouvertes par l'eau bouillante. — La lèpre dans le midi de la France. — La uncléine. — Le délire caféinique.

L'attention des bactériologistes s'est jusqu'à présent presque exclusivement portée sur l'action des infiniment petits introduits dans un organisme vivant, appartenant au règne animal. Or, il n'est pas sans intérêt, au point de vue non seulement de la physiologie générale, mais encore de la bactériologie proprement dite, d'étudier comparativement l'action des mêmes microbes sur les organismes du règne végétal. M. Charrin vient d'entreprendre, dans cet ordre d'idées, des recherches dont il a communiqué les premiers résultats à l'Académie des sciences. Il a inculé le bacille pyocyanique à une plante de la famille des *crassulacées* dont les parties épaisses et charnues se prêtent bien à de semblables expériences, et il a pu ainsi établir un parallèle biologique entre la cellule végétale et la cellule animale soumises l'une et l'autre à l'action d'un même agent pathogène. Il est facile de concevoir *a priori* que cette étude comparative a dû révéler des ressemblances et des différences.

Au point de vue des ressemblances, on peut dire que le mode d'action du bacille est le même dans les deux règnes. Il agit d'abord par lui-même traumatiquement, puis par les toxines qu'il secrète, enfin par la concurrence vitale avec les

éléments anatomiques au milieu desquels il a pénétré. La qualité et la quantité de virus inoculé ont, de part et d'autre, la même influence.

Les différences se rapportent surtout aux moyens de défense que les deux règnes opposent à l'agent pathogène. Les moyens d'ordre chimique varient peu de l'un à l'autre, mais ceux d'ordre mécanique sont plus marqués et plus puissants dans le règne végétal, tandis que la protection par les phagocytes l'emporte de beaucoup dans le règne animal.

Ce court aperçu des premières expériences permet d'apprécier l'intérêt des recherches entreprises par M. Charrin.

— Mais ce n'est pas seulement dans leurs rapports avec les organismes du règne végétal qu'il importe d'étudier les microbes; il n'est pas moins intéressant de connaître l'influence que peuvent exercer sur eux les agents physiques en particulier les agents cosmiques. L'action de la chaleur, celle de la lumière, sont en grande partie connues; celle de l'électricité l'est moins, parce qu'il est difficile, dans les expériences instituées à cet effet, de séparer l'action propre à l'électricité de celle qui est due soit à la chaleur dégagée, soit aux divers principes, antiseptiques ou autres, mis en liberté à l'état naissant. MM. d'Arsonval et Charrin ont repris ces expériences et adopté un dispositif qui les met à l'abri de ces causes d'erreur. C'est encore sur le bacille pyocyanique qu'ont porté leurs recherches, dont ils ont communiqué les résultats à la Société de biologie. D'après ce qu'ils ont observé, le bacille pyocyanique, soumis à un courant, ne subit pas de modifications appréciables dans sa morphologie, dans sa pullulation, ni dans ses propriétés pathogènes, mais il est atteint dans sa puissance chromogène. Les cultures auxquelles il donne lieu présentent une teinte d'autant plus atténuée et plus pâle qu'il est resté plus longtemps sous l'influence du courant. On ne peut donc plus dire, et la suite des recherches poursuivies par les auteurs en fournira sans doute de nouvelles démonstrations, que l'électricité est sans action sur le microbe. Il est permis d'en inférer que les maladies microbiennes peuvent être modifiées tant par l'électricité de l'organisme qui leur sert de terrain, que par l'électricité atmosphérique. Ainsi se trouvent soulevées de nombreuses questions du plus haut intérêt.

— On se souvient du travail lu il y a quelques semaines à l'Académie de médecine par M. Ducor, et dans lequel cet honorable confrère racontait le fait d'une famille dont plusieurs membres ont contracté la tuberculose dans un appartement occupé deux ans auparavant par un tuberculeux qui avait l'habitude de cracher sur les murs. Des lambeaux du papier de tenture avaient été grattés et l'examen bactériologique y avait révélé la présence du bacille spécifique.

En faisant un rapport sur ce travail, M. Dujardin-Beaumetz a montré l'importance de la désinfection des locaux habités par des tuberculeux. Mais pour arriver à généraliser cette mesure, faut-il l'imposer et, à cet effet, comprendre la tuberculose parmi les maladies transmissibles dont la déclaration sera obligatoire? Notre confrère ne le pense pas et tout le monde sera de son avis. Ici l'intérêt des familles, dont le secret médical est la sauvegarde, semble primer l'intérêt général et, si l'on voulait passer outre, la déclaration obligatoire rencontrerait certainement sa pierre d'achoppement. Il est plus sage de ne pas compromettre, par un échec facile à prévoir, une mesure dont l'hygiène publique attend les meilleurs résultats.

Il faut donc, pour répandre la désinfection, agir par tout les moyens d'instruction et de persuasion dont on peut disposer. Déjà cette mesure, ainsi que le prouvent les statistiques, est en voie de progrès à Paris. Il faut que partout, principalement dans les centres populeux, elle frappe et fixe l'attention publique; il faut aussi que l'administration sanitaire redouble d'efforts pour en rendre partout l'application facile.

— Nous ne quitterons pas la tuberculose sans mentionner la communication de M. Jeannel sur le traitement des tuberculoses chirurgicales ouvertes par l'eau bouillante. On comprend, *a priori*, que dans les foyers anfractueux, l'eau bouillante atteigne plus facilement et plus sûrement que le thermocautère ou le chalumeau de Félizet, tous les agents pathogènes. Mais, outre la stérilisation des produits de sécrétion du foyer, les deux modes d'intervention en présence, chaleur sèche et chaleur humide, ou mieux, suivant les expressions de notre confrère, rôtissage et ébouillentement, exercent une action particulière sur les parois de ce foyer et les tissus atteints. Quel est celui dont l'action est la plus efficace? Les faits cliniques rapportés par M. Jeannel ne sont pas assez nombreux pour qu'on puisse encore répondre à cette question.

— En écoutant la très intéressante communication de M. Zambaco à l'Académie de médecine, sur l'existence actuelle de la lèpre en France, en particulier dans la partie méridionale, que notre savant confrère de Constantinople vient de visiter, on se disait que bon nombre de faits cliniques passent inaperçus, parce qu'on ne sait pas les voir. En ce qui concerne la lèpre, qu'on croyait entièrement disparue en France depuis le moyen âge et dont on signalait de-ci de-là quelques cas comme autant de raretés tout à fait exceptionnelles, on la coudoyait sans la reconnaître. Par contre, on décrivait sous des noms nouveaux, ayant la prétention de désigner des maladies nouvelles, des états morbides sous lesquels se masquait la lèpre, atténuée ou transfigurée par l'amélioration des conditions sociales dans lesquelles vivent nos populations. Les nombreuses photographies que M. Zambaco a fait passer sous les yeux de ses collègues, et qui représentent des cas de lèpre pris en différents pays, montrent que la lèpre qui survit en France est la même que celle qu'on observe dans les contrées où son existence ne pourrait être contestée et où le diagnostic est d'ordinaire facile, la même aussi que la vraie lèpre, la lèpre ancienne, la lèpre historique, avec les différentes modalités qu'elle peut présenter.

Ces mêmes photographies, jointes aux résultats de recherches bactériologiques qui ont fait découvrir dans certains cas le bacille de Hansen, et ont permis ainsi de rectifier des erreurs de diagnostic, ne laissent aucun doute sur ce fait que bon nombre de prétendus cas de sclérodermie, de syringomyélie, de maladie de Morvan, sont autant de cas de lèpre méconnus.

Ce qui a lieu en France doit exister de même dans les autres pays d'Europe. La lèpre survit encore, mais, comme toutes la maladies de misère, elle tend à diminuer et à disparaître devant les progrès de la civilisation et du bien-être des populations.

— Les nouveaux médicaments n'ont jamais été plus nom-

breux que de nos jours ; il semble qu'il y ait des séries inépuisables, et, la concurrence aidant, la matière médicale et la pharmacologie seront bientôt encombrées de matériaux. Voici la nucléine, dont M. Sée s'est fait le parrain devant l'Académie de médecine. C'est un extrait du noyau de cellules de la pulpe splénique ou de diverses autres cellules. A l'exemple de la tuberculine, mais d'une manière plus couramment pratique, puisqu'elle peut se prendre sans danger à la dose de 2 à 4 grammes par jour, elle permet de déceler des tuberculoses latentes. Entre les mains de M. Sée elle a donné d'excellents résultats dans certains cas de pneumonie grave.

Les premiers essais de cette substance sont donc encourageants. Nous ferons toutefois quelques réserves à propos de la propriété qu'elle possède de déceler les tuberculoses, réserves qui s'appliquent d'ailleurs à tous les médicaments jouissant de la même propriété. Le coup de fouet que ces médicaments donnent à l'évolution de la tuberculose pour la faire se manifester par des signes objectifs tels que l'apparition de la fièvre et des râles, est-il inoffensif, et les avantages qu'on peut retirer de la précision du diagnostic compensent-ils les inconvénients qui peuvent résulter de cette intervention ? Nous nous bornons à poser la question et à appeler sur elle l'attention de nos confrères.

— Parmi les médicaments qui ont le mieux fait leurs preuves, il est permis de citer la caféine, et cependant elle peut se rendre coupable de certains méfaits, d'accidents véritablement toxiques, ainsi que M. Faisans en a rapporté plusieurs exemples à la Société médicale des hôpitaux. Ces accidents, qui suivent aussi bien l'administration de la caféine par la voie gastrique que par la voie hypodermique, consistent en une excitation cérébrale intense s'accompagnant d'insomnie et d'un délire parfois violent, avec prédominance d'hallucinations visuelles. Ce délire, comme tous ceux du même ordre, peut conduire à des tentatives de suicide.

M. Faisans a tendance à penser, et son avis est partagé par M. Raymond, que, pour produire de pareils accidents, la caféine doit rencontrer un terrain tout spécialement prédisposé ou préparé, comme chez les nerveux, les cérébraux, les alcooliques. Quoi qu'il en soit, il importe au praticien d'être prévenu de la possibilité de ces phénomènes particuliers d'intoxication et, par suite, de la nécessité de surveiller les effets de la caféine.

Dr F. DE RANSE.

NOTES ET INFORMATIONS

Le service militaire des étudiants en médecine devant la Commission de l'armée au Sénat. — La modification à la loi du 15 juillet 1889 demandée en faveur des élèves en médecine et en pharmacie (proposition de loi de M. Cornil) a été l'objet d'un premier examen au sein de la Commission sénatoriale de l'armée, et, tout en rencontrant de nombreuses sympathies, a soulevé aussi plusieurs objections. L'une des principales repose sur la limite d'âge un peu éloignée que l'on demande pour le sursis d'appel, et il est probable que, pour obtenir gain de cause, on sera obligé de reporter cette limite d'âge de 27 à 26 ans. On a fait observer qu'en bénéficiant de ce sursis les élèves en médecine et en pharmacie gagnent une année d'études, celle que, avec la loi actuelle, ils doivent consacrer, à 21 ans, au service militaire. Espérons que, grâce à cette transaction, de la part des promoteurs de la disposition nouvelle, celle-ci ne rencontrera pas d'obstacles sérieux au Sénat ni à la Chambre des députés.

Comité consultatif d'hygiène de France (*séance du 8 mai 1893*). — M. Henri Monod a rendu compte de la situation sanitaire à l'intérieur. Il annonce que dans le Morbihan on a signalé, du 1er au 7 mai, 28 cas et 12 décès cholériques répartis entre 11 communes et que, dans la Vendée, il s'est produit, jusqu'au 4 mai, 12 décès cholériformes, dont 7 aux Sables-d'Olonne.

Le délégué du ministre de l'intérieur, M. le Dr Boquel, s'est rendu à l'île d'Yeu. Il a télégraphié le 7 mai qu'il a trouvé à l'hôpital 3 malades, signalés comme atteints de diarrhée cholériforme, tous 3 en voie d'amélioration. Aucun cas nouveau n'était signalé depuis quarante-huit heures. Les mesures de désinfection sont bien prises.

Aux Sables-d'Olonne, 5 cas nouveaux, 1 décès.

Dans le Finistère, du 1er au 7 mai, 6 cas et 4 décès cholériformes se sont produits à l'asile Saint-Athanase. Il ne reste qu'un malade en traitement. A Quimper, 11 cas, 7 décès, depuis lundi dernier. Pas de cas nouveau. Reste 3 malades en traitement.

Une épidémie de fièvre typhoïde a été signalée dans la commune de Pionnat, village de Bantardeix (Creuse). M. le Dr Villard, médecin des épidémies, a envoyé au laboratoire du Comité des échantillons de l'eau bue dans le village.

A Gravelines (Nord), une légère épidémie de fièvre typhoïde, aujourd'hui terminée, a été signalée dans la garnison. La caserne a été évacuée. Les militaires occupent des baraquements. La population civile n'est pas atteinte.

Au Bosc-Bordel (Seine-Inférieure), on a enregistré 2 décès par fièvre typhoïde. Le Dr Pusac, médecin des épidémies, s'est assuré que les mesures de prophylaxie étaient prises.

On croyait la maladie enrayée lorsqu'un nouveau décès s'est produit. Le médecin des épidémies a été renvoyé sur les lieux.

La situation du typhus exanthématique est toujours stationnaire : une ou deux entrées par jour à l'Hôtel-Dieu annexe. Quelques cas dans la prison de Beauvais, où des tentes vont être placées dans le chemin de ronde, afin d'empêcher la transmission.

L'épidémie de diphtérie signalée à Châteauroux parait avoir disparu.

Institut médico-légal. — L'État vient d'accorder une subvention de 526.100 francs pour la construction d'un institut médico-légal à Paris. La part contributive du département de la Seine s'élève à la même somme, ce qui fait 1.052.200 francs comme chiffre de la prévision totale.

L'agrégation en médecine. — Les Sociétés d'agrégés des diverses Facultés de médecine des départements ont décidé d'attirer, une fois de plus, l'attention du ministre de l'instruction publique sur la fâcheuse situation des agrégés, dont la fonction, tout à fait temporaire, ne garantit nullement l'avenir. Dans ce but, elles ont envoyé chacune un représentant à Paris.

Les délégués se sont réunis il y a quelque temps et ont rédigé un mémoire résumant les desiderata de leur corporation et demandant, en particulier, la pérennité de l'agrégation, ainsi que la création de professeurs adjoints. Ce mémoire a

été remis au directeur de l'enseignement supérieur au département de l'instruction publique, qui a promis d'étudier la question et de la faire, autant que possible, cadrer avec les projets de réforme du régime actuel de l'agrégation.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — CONCOURS POUR LE CLINICAT. — Un concours pour des emplois de chefs de clinique, s'ouvrira le lundi 26 juin, à 9 heures du matin.

Il sera pourvu :

1° *Pour le clinicat chirurgical* : à la nomination d'un chef de clinique ;

2° *Pour le clinicat des maladies cutanées et syphilitiques* : a la nomination d'un chef de clinique titulaire et d'un chef de clinique adjoint ;

3° *Pour le clinicat des maladies du système nerveux* : a la nomination d'un chef de clinique titulaire et d'un chef de clinique adjoint ;

4° *Pour le clinicat obstétrical* : à la nomination d'un chef de clinique.

Le concours de l'adjuvat s'ouvrira le 15 mai à midi et demi.

Le jury se compose de MM. Farabeuf, président; Le Dentu ; Terrier ; Poirier ; Delbet. — Suppléants : MM. Panas ; Lejars.

Faculté de médecine de Nancy. — En exécution de l'arrêté ministériel du 15 mai, 1885, un concours pour une place de *chef de clinique ophthalmologique* s'ouvrira à la Faculté de médecine de Nancy le lundi 29 mai 1893 à 8 heures du matin.

La durée des fonctions est de *trois années* et le traitement annuel est de 1,000 francs.

Corps de santé militaire. — *Concours pour trois emplois de professeur agrégé à l'école d'application de médecine militaire*. — Un concours s'ouvrira le 2 octobre 1893, à l'école d'application de médecine militaire, pour trois emplois de professeur agrégé de maladies et épidémies des armées, de chirurgie d'armée (blessures de guerre), d'hygiène.

En exécution de l'article 9 du décret du 22 novembre 1887, les médecins-majors de 1re classe et de 2e classe sont seuls admis à prendre part au concours.

Les médecins militaires qui désireraient prendre part au concours adresseront au ministre (7e direction, bureau des hôpitaux) avant le 10 septembre 1893, terme de rigueur, une demande régulière qui devra être appuyée de l'avis motivé de leurs chefs et transmise par la voie hiérarchique.

Dans le cas où des emplois de répétiteur à l'école du service de santé militaire de Lyon deviendraient vacants par suite de l'admission de titulaires à l'agrégation, un concours pour leur remplacement s'ouvrirait à l'école du Val-de-Grâce le 4 décembre 1893.

Bureau central de médecine. — Le premier concours vient de se terminer par la nomination de MM. Gilles de la Tourette, Giraudeau et Béclère.

Le jury du 2e concours se compose de MM. Potain, Debove, Dujardin-Beaumetz, Chantemesse, Moizard, Landouzy et Desprès.

A tous les ingénieurs français. — La question du *Canal des Deux-Mers* est sur le point d'avoir sa solution pratique.

Sous le patronage d'un grand nombre de Chambres et Tribunaux de commerce, de Chambres consultatives d'arts et manufactures, de Sociétés agricoles, de Syndicats du commerce de de l'industrie, de Conseils généraux et de Municipalités, un grand concours national vient d'être ouvert entre tous les ingénieurs français pour établir le meilleur projet du canal maritime de l'Océan à la Méditerranée.

100.000 francs de prix sont affectés aux lauréats de ce concours qui sera clos le 31 décembre 1893.

Le programme et les conditions seront fournis à tous les ingénieurs, qui en feront la demande au siège de la Société nationale d'initiative du canal des Deux-Mers, 22, rue Rossini, Paris.

Enseignement populaire supérieur (subventionné par la Ville de Paris). *Cours d'hygiène sociale*. M. le Dr A.-J. Martin, inspecteur général de l'assainissement et de la salubrité de l'habitation, commencera le vendredi 12 mai, et fera les vendredis suivants, à 8 heures et demie très précises du soir, à la mairie du XIIe arrondissement, avenue Daumesnil, une série de leçons sur l'hygiène sociale de l'ouvrier parisien.

— La conférence pratique du dimanche 14 mai 1893 aura lieu à l'usine de fabrication de céruse de MM. Expert Bezançon, rue du Château des Rentiers, 187 à 9 heures et demie très précises du matin.

— L'Association amicale des internes et des anciens internes en médecine des hôpitaux de Paris vient d'être reconnue d'utilité publique par décret du 15 avril 1893.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Société d'éditions scientifiques, 4, rue Antoine-Dubois, Paris.

Etude anatomo-pathologique et expérimentale des artérites secondaires aux maladies infectieuses, par le Dr Louis THÉRÈSE, ancien interne des hôpitaux. — Paris, 1893.

Des perforations de la membrane de Shrapnell, étude anatomique et clinique, par le Dr Aimar RAOULT, ancien interne des hôpitaux. — Paris, 1893.

L'arthritisme, sa nature, sa médication, son hygiène, par le Dr Maxime LEJEUNE. — Paris, 1893.

Alcan, éditeur, 108, boulevard Saint-Germain, Paris.

Traité de la goutte, par sir DYCE DUCKWORTH professeur, de clinique à l'École de médecine de Saint-Bartholomew's Hospital. Traduit de l'anglais par le docteur Paul RODET, médecin consultant à Vittel, avec une préface de M. le docteur LÉCORCHÉ, professeur agrégé à la Faculté de médecine et médecin des hôpitaux. — Un beau volume grand in-8° avec 23 gravures et 10 tracés thermométriques dans le texte. — Prix : 10 fr.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU 23 AU 29 AVRIL 1893

Fièvre typh., 12.—Typhus, 8.—Variole, 3.—Rongeole, 19.—Scarlatine, 2.—Coqueluche, 16.—Diphtérie, croup, 22.—Grippe, 62.—Affections cholériformes, 0.—Phtisie pulmonaire, 224.—Méningite tuberculeuse, 22.—Autres tuberculoses, 19.—Tumeurs cancéreuses et autres, 50.—Méningite, 29.—Congestion et hémorrhagie cérébrale, 48.—Paralysie, 13.—Ramollissement cérébral, 5.—Maladies organiques du cœur, 79.—Bronchite aiguë et chronique, 88.—Broncho-pneumonie et pneumonie, 242.—Autres affections de l'appareil respiratoire, 73.—Gastro-entérite des enfants : sein, biberon et autres, 53.—Fièvre et péritonite puerpérales, 5.—Autres affections puerpérales, 1.—Débilité congénitale, 25.—Sénilité, 40.—Suicides, 24.—Autres morts violentes, 9.—Autres causes de mort, 144.—Causes inconnues, 18.—Total : 1355.

Le Rédacteur en chef et gérant : F. DE RANSE.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame. — *Téléphone.*

64e Année. 8e Série. Tome II — N° 20 — 20 Mai 1893

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Rédacteur en chef : M. le Dr F. DE RANSE
Comité de Rédaction : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN
J. ARNOULD (de Lille), P. FABRE (de Commentry), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon)

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, avenue Montaigne (Rond-Point des Champs-Élysées

ORTHOPÉDIE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES CONTRACTURES CONGÉNITALES,

Par P. REDARD,
Chirurgien du Dispensaire Furtado-Heine.

Suite et fin (1).

OBSERVATION II. — *Contracture congénitale en flexion des membres inférieurs.*

L'enfant P... (Paul), âgé de 7 ans 1/2, nous est présenté le 12 avril 1892. Il est atteint de contractures congénitales très marquées des deux membres inférieurs.

Le père et la mère du malade ont toujours eu une excellente santé ; sans affection nerveuse ni aucune affection diathésique ou spécifique. Trois autres frères du malade ne présentent aucune malformation, aucune affection nerveuse. La grossesse a été normale, sans accidents.

(1) Voir la *Gazette médicale*, n° 19, 1893.

L'acconchement a été rapide avec nne *présentation céphalique*. Au moment de la naissance, les cuisses de l'entant étaient fléchies sur le bassin, exactement appliquées sur l'abdomen, les genoux étaient ployés, les pieds tonrnés en dedans, la face plantaire interne concave du pied droit venant s'appliquer sur la face dorsale et plantaire interne du pied gauche. On peut actuellement reproduire très facilement cette position sur l'enfant plus âgé.

Pendant les premiers jours qui suivent la uaissance, l'enfant conserve sa position vicieuse primitive et l'on ne peut que très difficilement séparer les pieds, afin de faire l'emmaillotement.

L'enfant, nourri au sein, s'est bien développé, il n'a jamais eu de convulsions. Il a été électrisé pendant dix mois à la Salpêtrière, mais aucun traitement ortbopédique n'a été fait dans le hnt de redresser les membres inférieurs.

Les membres inférieurs sont restés très atrophiés. Les difformités par contractures en flexion des hanches et des genoux, les pieds bots équins ne paraissent pas avoir augmenté. L'enfant n'a jamais pu marcher. Le sujet n'a jamais eu de troubles trophiques des membres inférieurs, des eschares au niveau du sacrum.

A notre examen, nous sommes frappés par les difformités qui siègent uniquement sur les membres inférieurs. Ces difformités, représentées dans la figure 4, consistent dans un double pied bot équin ; une contracture en extension des articulations tibio-tarsiennes ; une contracture en flexion des deux articulations du genou ; une contracture en flexion des deux articulations de la hanche.

Nous croyons inutile d'entrer dans la discussion détaillée de

FEUILLETON

DOCUMENTS POUR SERVIR A L'HISTOIRE DE LA MÉDECINE (1)

IV-V. Les accoucheurs modernes sont aussi l'objet de notices personnelles, d'inégale grandeur, selon que leur mérite et leurs travaux sont plus on moins sympathiques à l'auteur. D'ailleurs sous une forme légère, quelques-unes sont assez réussies, d'autres laissent à désirer ; il y a peut-être là un défaut de place, auquel une seconde édition pourra remédier.

Dans tous les cas j'appelle son attention sur un détail qui ne manque pas d'intérêt. Le lecteur voudrait trouver, quel que soit le personnage décrit, l'indication de ses principaux travaux : cela n'empêcherait pas d'apprécier la bonne cuisine, les pantalons, les favoris et le chapeau des uns et des autres, et cela pourrait être piquant mais il faudrait que les mêmes procédés d'analyse fussent suivis pour tous.

(1) Voir la *Gazette médicale* du 13 mai.

Ce que les lecteurs gagnent à cette indifférence de méthode, ce sont des documents très intéressants placés tout le long de l'ouvrage : vers, proses, portraits, estampes rajeunissent l'historien, égayent le bibliophile et ce n'est pas un mal en ce temps de traités didactiques graves et imposants, de mémoires souvent excellents, quant au fond, mais indigestes quant à la forme, de monographies, si savantes que tous les mots sont des néologismes.

La deuxième partie par exemple contient la réimpression de quelques opuscules rares, rédigés soit en faveur des sages-femmes, soit en faveur des accoucheurs, de même que l'opinion de quelques philosophes des XVIIIe et XIXe siècles sur la question. Cette deuxième partie complétée pourrait faire l'objet d'un volume spécial. M. Witkowski, qui doit avoir recueilli beaucoup de notes, pourrait ajouter la polémique des dernières années au sujet des femmes-docteurs.

Le deuxième volume de notre confrère ne saurait être analysé ; il faut le parcourir. Contes et facéties, anecdotes et

la position des membres très exactement reproduite par notre figure 4. Signalons seulement quelques particularités importantes. Le pied gauche est en varus plus prononcé que le droit avec subluxation et forte saillie de la tête de l'astragale à la face dorsale. Les orteils sont assez fortement fléchis, les deuxièmes orteils chevauchent sur les gros orteils. Les masses musculaires de la jambe sont très atrophiées.



FIGURE 4.

Les deux rotules, comme dans l'observation I, paraissent absentes. Les muscles de la cuisse sont légèrement atrophiés. A la face postérieure de la cuisse on sent une forte corde fibro-tendineuse rétractée, principalement formée par les adducteurs qui maintient la flexion de la jambe sur la cuisse et empêche tout mouvement d'extension.

Dans la position debout (fig. 4) les cuisses sont fléchies sur le bassin. Si le sujet est couché et que l'on essaie d'étendre les cuisses, le bassin est entraîné et il se produit une forte ensellure lombaire. Pendant les mouvements forcés d'extension, on sent une corde fibreuse assez résistante à la partie antéro-externe et supérieure de la cuisse principalement formée par le psoas iliaque.

Les mouvements passifs sont impossibles au niveau des articulations tibio-tarsiennes et du pied. Au niveau du genou, l'extension est impossible, mais on peut obtenir quelques mouvements assez étendus de flexion. Au niveau de la cuisse la flexion est étendue, l'extension est au contraire très limitée et ne se produit qu'avec le déplacement et l'entraînement du bassin. L'abduction, la rotation en dehors sont normales. L'adduction, la rotation en dedans sont limitées.

L'enfant n'a que quelques mouvements volontaires de ses membres inférieurs.

Il ne peut se tenir debout ni marcher. Il ne peut que fléchir ses cuisses sur le bassin et faire quelques mouvements de flexion des orteils.

La peau et le tissu cellulaire sont légèrement épaissis. La température des membres inférieurs est abaissée, les membres se refroidissent assez facilement.

La sensibilité au tact, à la douleur, à la température, le sens musculaire sont normaux.

Les réflexes cutanés sont peu marqués. Les réflexes rotuliens sont conservés, mais très affaiblis.

L'exploration avec les courants faradiques et galvaniques indique que les muscles antérieurs de la cuisse et de la jambe sont très atrophiés : on obtient des contractions assez marquées au niveau des muscles postérieurs de la cuisse, moins prononcés au niveau des muscles postérieurs de la jambe. Il existe quelques troubles urinaires qui demandent une analyse attentive. Pendant le jour, l'enfant demande à uriner ou à aller à la garde-robe, le jet de son urine est assez puissant. Pendant la nuit, il y a souvent de l'incontinence d'urine. Il est à remarquer qu'en raison de la position du bassin, les organes génitaux viennent s'appliquer et frotter sur le siège de la chaise, de là une continuelle irritation de cette région qui peut expliquer en partie peut-être l'incontinence d'urine nocturne.

Les autres régions sont normalement développées. L'enfant a

---

bons mots de tous les temps et de tous les pays, extraits aussi bien : de l'*Évangile des Quenouilles*, des *Mémoires de la duchesse d'Orléans*, de Grimm, de Mercier, de Linguet, des vieux *almanachs*, de Tallemand des Réaux, etc., que des journaux et auteurs modernes ; il y a de tout dans ce volume, voire des chansons, quelques-unes fort réjouissantes. L'appendice : *l'obstétrique et la mode* est bien intéressant, et il termine le volume en laissant le lecteur dans l'attente des suivants.

V-VI.— M. L. Larchey est bien connu de tous les chercheurs qui n'ont point oublié l'excellente *Revue Anecdotique*. L'introduction du premier volume de l'*Esprit de tout le monde* est fort spirituelle. L'auteur veut bien nous dire que son livre n'est qu'une compilation, mais il ne dit pas, que très souvent il restitue à qui de droit, la paternité d'un mot connu que bien des gens s'attribuent à eux-mêmes, sans souci de l'anachronisme.

Les souverains, les députés et les ministres, les soldats, les prélats, les avocats, les prêtres, les gens de lettres et les artistes, les financiers, etc., ont chacun leur chapitre spécial. L'auteur ne pouvait oublier les médecins. Ils sont en petit nombre il est vrai, mais choisis ; c'est Guy Patin, Bouvard, Lamartinière, etc. Mais dans les autres chapitres un certain nombre de médecins cités font bonne figure. Des anecdotes véridiques qui nous intéressent sont jetées çà et là. Exemples: Du temps que les barbiers saignaient, l'un d'eux écorche le menton de M. d'Amiens et sa besogne terminée s'en allait tout confus. M. d'Amiens s'aperçoit qu'un peu de sang coule et fait revenir le barbier. « Mon ami, dit-il en lui mettant une « nouvelle pièce de monnaie dans la main, je vous avais payé « pour la barbe, voici pour la saignée. » — Moncrif, octogénaire, cachait son âge. On vérifie, et Louis XV lui dit un jour en riant : « Savez-vous qu'on vous donne 80 ans ? Oui, sire, répond Moncrif, mais je ne les prends pas ».

Il est fort distrayant de lire ces deux volumes d'un bout à l'autre et de noter tout ce qui concerne les médecins. Voici une anecdote amusante. Une vieille femme interrogeait les

une intelligence très vive et ne présente aucun trouble cérébral ou des sens spéciaux.

Nous nous proposons de soumettre le sujet à un traitement qui consistera dans le redressement successif des hanches et des genoux après ténotomie des parties fibro-tendineuses rétractées, dans le redressement forcé des pieds bots après ténotomie du tendon d'Achille. La conservation de la contractilité de plusieurs groupes musculaires importants nous permet d'espérer que les membres inférieurs ainsi redressés pourront utilement servir pour la station et la marche.

En dehors des observations précédentes, présentées au Congrès de chirurgie dans la séance du 23 avril 1892, nous pouvons donner quelques autres faits plus récents de contractures congénitales.

Observation III. — *Contracture congénitale en flexion du membre inférieur gauche.*

C... (L.) âgée de 10 ans, est née de parents bien portants. L'accouchement long, difficile, par *présentation du bras*, a nécessité la version.

Au moment de la naissance on s'aperçoit que la jambe gauche est fortement fléchie en arrière, le pied de ce côté reposant sur la fesse du côté droit.

On ne peut faire reprendre à la jambe sa position normale. Grâce à des mouvements d'extension répétés, on obtient un léger redressement au bout de six mois.

La mère a remarqué que les mouvements de l'articulation de la hanche et des articulations du pied étaient normaux.

L'enfant se développa bien, le membre inférieur restant difforme, sans amélioration de la flexion de la jambe sur la cuisse.

Au moment de notre premier examen, la petite fille a 5 ans, elle est très robuste, bien constituée.

La contracture seule du membre inférieur gauche attire l'attention.

Nous examinons le sujet à plusieurs reprises. L'exposé suivant est le résumé de nos observations :

Membre inférieur gauche. — Tout le membre est dans une abduction très marquée, la jambe fortement fléchie sur la cuisse, le pied en équin varus. On est frappé par la très grande analogie de position avec celle de l'enfant de la figure 4. Dans ce dernier cas la difformité était bilatérale.

Les mouvements de flexion, d'abduction de la hanche, sont normaux, les mouvements d'extension et d'adduction sont légèrement limités.

La jambe est en flexion marquée sur la cuisse.

En développant une grande force, on n'obtient que de très légers mouvements passifs de flexion et d'extension, accompagnés de craquements.

La résistance à l'extension est due aux parties fibro-tendineuses contracturées occupant la partie postérieure de l'articulation, tendons de la patte d'oie, des adducteurs, etc.

Les mouvements actifs n'existent qu'au niveau de l'articulation de la hanche.

Les os constituant l'articulation du genou sont atrophiés, mais de configuration normale. La rotule est très rudimentaire, représentée par un petit noyau fibreux.

Le pied est en équin varus. Le tendon d'Achille fait une forte saillie. Les orteils sont en griffe.

La peau, le tissu cellulaire sous-cutané, sont hypertrophiés ils se refroidissent très facilement.

L'atrophie atteint tout le membre, mais est principalement marquée au niveau de la jambe.

Les mensurations de la cuisse et de la jambe donnent les résultats suivants :

		Côté gauche.	Côté droit.
Cuisse :	Au tiers supérieur.......	34 c.	39 c.
	Au tiers moyen.........	23 c.	36 c.
	Au tiers inférieur.......	15 c.	20 c.
Jambe :	Au tiers supérieur.......	16 c.	23 c.
	Au tiers moyen.........	14 c.	24 c.
	Au tiers inférieur.......	13 c.	19 c.

Le membre inférieur gauche, comparé au droit, est plus raccourci de 8 centimètres.

Les os, principalement ceux de la jambe, sont notablement atrophiés.

Les réflexes sont diminués.

On constate une légère diminution de la contractilité musculaire sous l'influence des courants galvaniques et faradiques, principalement pour les muscles postérieurs de la cuisse, pour la totalité des muscles de la jambe.

---

tables parlantes pour soigner ses clients. Après l'exposé des maux d'un visiteur la table indique de suite la lettre A. J'y suis, répond la bonne femme, cela veut dire qu'il faut vous soigner par l'Amœopathie. Et cette réponse bien naturelle de Cuvier, n'est-elle pas piquante : On venait de déballer chez M. de Bonnemaison, des tableaux provenant d'Espagne. Le premier est la Vierge an poissou, de Raphaël. Chacun s'extasie à la vue de cette magnifique peinture. « Qu'en dites-vous », demande M. de Bonnemaison à Cuvier, qui depuis quelques minutes, tenait son lorgnon fixé sur le tableau. « Il est de la famille des carpes », répondit le savant, qui ne s'occupait que du poisson.

D'Eslon, médecin du comte d'Artois, et grand partisan du mesmérisme, venait de perdre un malade, traité par la nouvelle méthode. Eh bien, lui dit-on, ce malade que vous deviez guérir, il est mort ? — Oui, mais il est mort guéri !

Est-ce bien à M. Haussmann que Ferrus a fait l'observation suivante X... s'est mal conduit avec vous, il ne vous pardonnera jamais. Enfin l'on trouvera également dans les *Riposteurs* bon nombre de nos confrères anciens et modernes et je répète que l'on peut se fier à l'exactitude de mon excellent ami, M. Lorédan Larchey, en ce qui concerne la paternité des mots qu'il cite — Mais je lui signale une lacune à combler dans la prochaine édition des *Riposteurs*.

Quel était le médecin de l'ancien ministre Calonne auquel fait allusion M. L. Larchey. Calonne, dit-il, mécontent du médecin qui n'avait pas guéri sa pleurésie, et ne pouvant plus parler, lui tend ce billet écrit au crayon : « Tu m'as assassiné ! Si tu es un honnête homme, tu renonceras à la médecine pour toujours. » Cela se passait en 1802, les journaux du temps donneraient sans doute le mot de l'énigme.

En résumé, deux bons petits livres avec lesquels tout lecteur est certain de passer plus d'un quart d'heure agréable. Ce n'est que de l'histoire anecdotique, mais il en faut pour faire de la grande histoire.

Dr A. Dureau.

Il est à remarquer que le membre inférieur gauche n'a pas suivi le développement de son congénère.

La différence entre le membre inférieur gauche et droit qui n'était, il y a deux ans, que de 5 centimètres, est aujourd'hui de 8 centimètres.

L'enfant marche assez facilement au moyen d'un appareil prothétique prenant point d'appui à la racine de la cuisse.

Les parents ont absolument refusé, à plusieurs reprises, l'intervention chirurgicale que nous proposions dans le but de placer le membre dans la rectitude et de faciliter l'application de l'appareil.

Observation IV. — (Résumé.) *Contracture congénitale en flexion des deux genoux; double pied-bot congénital.*

M... Frédéric, âgé de 3 ans, nous est présenté le 4 janvier 1892.

L'examen démontre l'existence d'une contracture en flexion des deux genoux et d'un pied bot varus à gauche.

A la suite d'un accouchement assez laborieux, avec présentation céphalique, les parents remarquent que l'enfant a les genoux en flexion, les jambes repliées et appuyées sur les fesses; le pied droit en varus, le pied gauche en valgus talus.

Malgré des tentatives répétées, on ne peut arriver à étendre la jambe sur la cuisse.

A l'âge de 6 mois, un de nos collègues opère les deux pieds bots. Des cicatrices profondes indiquent que du côté gauche, on a pratiqué l'opération de Phelps; une cicatrice transversale au-dessous de la malléole externe semble prouver que du côté droit on a pratiqué une arthrodèse.

Après cette intervention, l'enfant présente quelques convulsions.

Actuellement l'enfant est très bien portant, d'une intelligence vive, ne présentant aucun signe de lésion cérébrale ou médullaire.

Le pied droit est bien redressé; les mouvements de l'articulation tibio-tarsienne sont limités. Le pied gauche est encore en varus assez prononcé.

Les deux genoux sont en flexion marquée. Les articulations paraissent bien conformées. Pendant les efforts de redressement, les cordes tendineuses du creux poplité, principalement les tendons des biceps, se tendent fortement. Le sujet ne peut faire que quelques mouvement actifs de flexion de la jambe sur la cuisse.

Les articulations des hanches sont normales. Leurs divers mouvements sont faciles.

L'enfant exécute les mouvements de la marche, mais présente une impossibilité absolue de se tenir debout; l'impotence nous paraît dépendre en grande partie de la position en flexion de genoux.

Les masses musculaires des membres inférieurs sont très légèrement atrophiées, à peu près de volume égal des deux côtés.

La sensibilité est conservée, les réflexes rotuliens sont faciles, surtout à droite.

Les courants galvanique et faradique indiquent que les muscles antérieurs de la cuisse et de la jambe répondent peu à l'électricité, les muscles postérieurs se contractent au contraire fortement.

Nous avons pratiqué récemment le redressement forcé du pied bot varus du côté gauche. Nous avons pu redresser les deux genoux, sans sections tendineuses, et les immobiliser sous le plâtre. Nous pensons que cette dernière intervention permettra d'obtenir la rectitude des deux membres inférieurs, leur maintien facile dans cette position au moyen d'appareils orthopédiques, et rendra la marche possible.

Nous n'avons trouvé dans les auteurs que de rares observations ayant quelque analogie avec nos cas.

Cruveilhier, dans son Atlas d'anatomie pathologique, décrit un fœtus atteint de difformités congénitales multiples, avec mains et pieds bots, flexion exagérée des cuisses et renversement des jambes dans le sens de l'extension.

Bouvier a cité un cas de contractures musculaires multiples chez un fœtus de 7 mois, caractérisé par un double pied bot, une main bote droite, une extension forcée des genoux, une flexion permanente des cuisses, une flexion du coude gauche et une extension du coude droit. Comme dans notre observation I, l'accouchement avait eu lieu par le siège. Au moment de la naissance le fœtus était plié en deux, les membres inférieurs relevés contre la partie antérieure du tronc, le membre supérieur droit étendu et appliqué le long de la partie latérale du tronc. Le thorax présentait en avant et à gauche une dépression correspondant au point sur lequel réagissait la pression du membre supérieur gauche, de telle sorte que ces parties semblaient, en quelque sorte, moulées l'une sur l'autre.

W. Adams, Lonsdale, ont décrit des cas de contractures congénitales des genoux coïncidant avec des pieds bots. Dans une première observation de W. Adams, il existait un pied bot du côté gauche, avec contracture en flexion du genou du même côté. Dans une seconde observation de cet auteur, il y avait un double pied bot varus équin, une contracture en flexion des deux genoux. Les articulations tibio tarsiennes étaient remarquablement rigides. Les deux articulations du poignet étaient raides, les doigts et les mains contracturés en extension. De même que dans nos deux premières observations, dans les deux cas de W. Adams, les rotules étaient atrophiées et rudimentaires.

B. E. Brodhurst a cité un cas de contracture des deux genoux à angle droit avec double pied bot varus. Dans une autre observation, l'enfant au moment de la naissance présentait une position analogue à celle de nos observations I, II et IV. Les membres inférieurs étaient pliés et appliqués sur le tronc, les extenseurs du pied de la jambe et des cuisses étaient contracturés. Les articulations du pied, des genoux, des hanches étaient raides, il existait un double pied bot varus.

Dans une observation de Nissen, la contracture des genoux était en flexion. Quand le sujet était assis, il croisait les deux membres à l'horizontale, la jambe droite placée devant la gauche, le genou gauche reposant en partie sur le dos du pied droit, qui était en rotation interne et en forte extension.

Dans un cas de B. Schmidt, il existait à la fois une contracture des genoux et des hanches. Les hanches étaient en flexion sur le bassin, les cuisses en forte rotation externe ou en abduction. La flexion des genoux était peu marquée, les deux pieds étaient en équin très prononcé.

La nature, la pathogénie des faits que nous étudions présentent quelques obscurités. Les contractures signalées dans nos observations sont-elles d'origine nerveuse, liées à une altération du cerveau, suivant la théorie proposée pour le pied bot congénital par Rudolphi, Delpech, J. Guérin?

Sont-elles dues à un arrêt de développement des muscles maintenus à l'état embryonnaire, ainsi que Robin l'a soutenu à la suite d'un examen histologique d'un cas de pied bot valgus présenté par un très jeune embryon ? Sont-elles la conséquence du rapprochement forcé et prolongé des points d'attache des muscles, par suite de positions vicieuses du fœtus pendant la vie intra-utérine ou de compressions anormales amniotiques ?

Dans notre observation I, on ne peut admettre l'hypothèse d'une lésion nerveuse, d'origine cérébrale, d'une porencéphalie, d'une sclérose cérébrale.

En raison de l'état de la sensibilité, des réflexes, de la diversité des muscles atteints, des caractères de l'amyotrophie, de l'absence de spasme, de la persistance de la contracture dans le sommeil chloroformique, nous rejetons la possibilité d'une lésion spinale produite pendant la vie intra-utérine, myélite transverse, paralysie spasmodique, paralysie infantile produisant des rétractions fibro-tendineuses consécutives aux troubles moteurs. L'amyotrophie, loin d'être la cause des déformations, nous paraît, dans nos cas particuliers, en être la conséquence.

Pour notre observation II, les mêmes arguments doivent être adoptés, bien qu'il existe de l'incontinence d'urine nocturne qui doit rendre notre diagnostic plus réservé.

On ne peut de même, croyons-nous, attribuer une origine nerveuse aux contractures multiples congénitales de nos observations III et IV.

A l'hypothèse de l'arrêt de développement des muscles, nous préférons la théorie de l'influence des positions vicieuses du fœtus produites et maintenues, ainsi que l'a soutenu Dareste, par des compressions amniotiques anormales. Dans notre observation I, dans l'observation de Bouvier, de Brodhurst, l'accouchement s'est fait par le siège, les enfants sont nés les membres inférieurs ployés et appliqués sur le tronc. On comprend très bien que cette position vicieuse prolongée peut-être suivie de contractures, de rétractions fibro-tendineuses, de déformations multiples.

Pour notre observation II, dans les observations d'Adams, de Brodhurst, de Nissen, de Schmidt, il s'agit d'une attitude vicieuse un peu différente du fœtus, attitude souvent observée et à laquelle on a attribué la production de quelques cas de varus congénitaux (Parker). Les cuisses sont fléchies sur le bassin, les genoux sont en flexion et en abduction, les deux pieds sont en varus. On peut admettre que, suivant les cas, suivant peut-être l'importance des compressions amniotiques, la contraction peut se généraliser à toutes les articulations du membre inférieur ou se localiser seulement aux articulations des pieds, s'accompagnant seulement dans ces derniers cas de pieds bots.

Il ne s'agit pas dans nos observations d'ankyloses congénitales, avec malformations des articulations signalées pour les articulations du genou, du coude (Mitscherlich, Giraudeau), radio-carpiennes (B. Farguhar Curtis). Les altérations résidaient primitivement dans les muscles avec raideurs articulaires consécutives ; les extrémités osseuses articulaires étaient normales, seules les rotules étaient rudimentaires dans nos deux cas ; les olécrânes, dans notre observation I, étaient atrophiés.

Les résultats thérapeutiques obtenus dans nos observations, démontrent bien la valeur du traitement orthopédique dans des cas semblables.

CLINIQUE MÉDICALE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE BACTÉRIOLOGIQUE DE L'ICTÈRE GRAVE (1),

Par M. H. VINCENT,
Aide-major de 1re classe.

Les recherches pratiquées jusqu'ici dans un certain nombre de cas d'ictère grave, n'ont pas toujours réussi à établir, d'une manière suffisante, l'origine bactérienne de ce processus. Les résultats quasi-négatifs obtenus par Aufrecht, par Rosenheim, la diversité même des microorganismes qui ont été isolés dans les tentatives faites par Klebs, Eppinger, Boinet et Boy-Tessier, Hlava, Balzer, Le Gall, Girode, etc..., ne peuvent encore, en effet, permettre de tirer une conclusion définitive de l'ensemble de ces travaux.

Cependant une communication récente de M. Hanot à la Société médicale des hôpitaux est venue, de nouveau, appeler l'attention sur cette question toujours ouverte. Dans 3 cas d'ictère grave hypothermique, dont 2 suivis de mort, M. Hanot a rencontré le *bacillus coli communis* dans l'organe hépatique et dans le sang.

J'ai eu moi-même l'occasion d'étudier, au mois de janvier 1893, un cas d'ictère grave à marche suraiguë, très favorable pour l'examen bactériologique, et dans lequel les cultures ont également décelé la présence, à l'état pur, du coli bacille dans le foie, la bile, ainsi que dans tous les viscères, le sang et le système nerveux central. Le malade avait succombé à cet empoisonnement généralisé moins de quarante-huit heures après le début des phénomènes aigus.

C'était un soldat vigoureux de 22 ans, présentant, depuis trois ou quatre jours, une jaunisse insignifiante qui ne l'avait pas autrement préoccupé. Mais brusquement et sans cause appréciable, l'affection revêtit un caractère de gravité considérable. Les téguments, les muqueuses prirent une teinte ictérique très foncée. En même temps, le malade tomba dans une stupeur profonde entrecoupée de délire et de phases d'agitation extrême. Pupilles dilatées, soubresauts tendineux, vomissements bilieux, constipation absolue et incontinence d'urine.

La région du foie était très douloureuse à la pression. La matité hépatique mesurait verticalement à peine 5 centimètres.

Rate un peu tuméfiée et sensible.

Rien au cœur ni aux poumons.

La température, qui était de 35°,8 le matin de l'arrivée du malade à l'hôpital, atteignit 38°,6 le soir. Cet homme mourut dans la nuit.

A l'autopsie, faite six heures après la mort, on a trouvé les lésions classiques de l'ictère grave. Le foie très mou, affaissé, pesait seulement 970 *grammes*. La vésicule biliaire, remplie d'une bile grisâtre, très fluide, ne renfermait aucun calcul ; mais sa muqueuse était fortement vascularisée. Le canal cholédoque était perméable.

Rate grosse (340 grammes) et molle. Injection de la substance corticale des reins.

Nulle lésion de l'intestin, du cœur, ni des poumons.

Hyperémie du cerveau et de la pie-mère.

(1) Société de biologie.

Les cultures et l'examen microscopique du foie, du liquide biliaire ont montré une prolifération exceptionnellement abondante du *Bacillus coli communis*. Le même microbe a été retrouvé, toujours à l'état de pureté, dans la rate, les reins, le sang, les poumons, le tissu cérébral et le bulbe. L'extension si remarquable du développement de ce microbe aux centres nerveux explique, peut-être, l'intensité des phénomènes ataxo-adynamiques présentés pendant la vie.

Il s'agit donc là d'un fait d'atrophie jaune aiguë primitive, d'origine coli-bacillaire.

Nous croyons cependant utile d'insister spécialement sur certaines particularités offertes par le Bacillus coli que nous avons isolé dans ce cas d'ictère infectieux. Bien que l'ensemble des caractères de ce microbe, de ses réactions vis-à-vis des milieux de culture, etc., ne permette pas de douter qu'on ait eu affaire au bacille d'Escherich, ce bacille n'a pas laissé de présenter quelques anomalies qui semblent l'éloigner un peu du Bacillus coli proprement dit pour le rapprocher du bacille d'Eberth.

Il est, en effet, extrêmement mobile. Sa culture en gélatine inclinée ou sur plaque n'est ni opaque ni envahissante, mais au contraire translucide et discrète. Sur la pomme de terre, la traînée est jaune clair, humide, peu saillante. Enfin il fait à peine fermenter le sucre de lait, et ses cultures soit en bouillon de bœuf ordinaire, soit dans la solution simple de peptone, ne développent pas la réaction de l'indol.

J'ajouterai que, comme le bacille typhique et contrairement au bacille du côlon qui est très virulent pour les animaux, notre bacille, inoculé en culture récente, n'a montré qu'un pouvoir pathogène modéré.

A côté du cas d'atrophie jaune aiguë du foie qui vient d'être étudié, il convient de signaler les résultats que nous ont fournis les ensemencements dans un deuxième cas d'ictère grave observé en 1892, chez un homme de 42 ans atteint de cirrhose hypertrophique.

Les symptômes principaux étaient, outre un ictère assez caractérisé, une profonde dépression nerveuse, du délire et un retentissement fébrile de moyenne intensité. Après des alternatives de rémission et d'aggravation, le malade succomba au bout de douze jours.

Les cultures du foie, de la bile, de la pulpe de la rate, fournirent le *Staphylococcus pyogenes albus* seul. Le sang était stérile.

Il semble donc résulter, du rapprochement de ces deux observations avec celles qui ont été déjà publiées, et de l'examen bactériologique auquel elles ont donné lieu, que le processus infectieux hépatique ne semble pas avoir une origine microbienne univoque et qu'il peut être subordonné au développement de bactéries d'espèces différentes. Les notions que nous possédons sur l'étiologie générale des maladies virulentes ne viennent nullement à l'encontre de cette opinion. Il n'est donc pas invraisemblable de penser que l'ictère grave n'est pas tributaire d'une seule et même infection, mais que plusieurs microbes pathogènes — parmi lesquels le *Bacillus coli communis* semble être le plus fréquent — peuvent se partager la genèse de cette maladie.

REVUE DES JOURNAUX

(Suite) (1)

II. — Sur le traitement des sujets de l'espèce humaine affectés de la diphtérie, avec un sérum curatif de cette maladie, par MM. Behring, Bœr et Kossel. (*Deutsche medicin. Wochenschrift*, 1893, n° 17, p. 389 et n° 18, p. 415.)

II. — Avant de parler des résultats obtenus avec cette médication nouvelle, nous allons dire quelques mots du mode de préparation de ce sérum curatif, dont l'emploi doit inaugurer une ère nouvelle dans le traitement de la diphtérie.

Ce sérum est préparé avec du sang de moutons préalablement rendus réfractaires à la diphtérie par des inoculations préventives. Voici textuellement la description qu'ont donnée MM. Behring et O. Bœr, du mode de préparation de ce sérum:

Un mouton du poids de 51 kilogrammes a été rendu réfractaire à la diphtérie. Cet animal supportait très bien des saignées de 250 à 500 cc. pratiquées à des intervalles de quinze jours. La preuve avait été acquise que le sang obtenu dans ces conditions fournissait un sérum pourvu de propriétés curatives contre la diphtérie.

Le 8 avril dernier on a tiré d'une veine de l'animal, 750 cc. de sang, avec toutes les précautions antiseptiques exigibles. Ce sang a été déposé dans une glacière pendant deux jours. Puis on a décanté le sérum dans une bouteille, au fond de laquelle on avait préalablement versé du chloroforme. Le sérum était devenu absolument limpide. On y a ajouté de l'acide phénique dans la proportion de 0,6 p. 100. Cette précaution a pour but de préserver le liquide contre toute adultération par des microorganismes.

Le sérum ainsi préparé et administré par la voie sous-cutanée est absolument inoffensif chez l'homme, lorsque la dose quotidienne ne dépasse pas 1 gramme par kilogramme de poids corporel. En effet, chez un homme adulte du poids de 50 kilogrammes, on injecte 50 fois 0,006 = 0,3 d'acide phénique sous la peau, quantité bien inférieure à la dose maxima inscrite dans les pharmacopées, inférieure à la quantité d'acide phénique journellement déposée à la surface des plaies dans les services de chirurgie.

Il va sans dire que les sérums provenant de différents moutons n'auront pas une action curative égale comme intensité. M. Behring a donné le nom de *sérum curatif normal*, à un sérum obtenu ainsi qu'il vient d'être dit et dont la valeur curative a été caractérisée en ces termes:

« La terminaison mortelle de l'intoxication d'un cobaye de poids moyen (environ 500 grammes), intoxication consécutive à l'injection de 0,8 cc. d'un poison diphtéritique déjà âgé, est empêchée par le sérum curatif normal de la diphtérie, lorsque, un quart d'heure avant l'injection sous-cutanée de la solution toxique, on injecte au cobaye, sous la peau, en une région du tégument assez éloignée du lieu d'injection du poison, de ce sérum dans la proportion de 1 p. 100 (c'est-à-dire environ 5 cc.).

Tous les sérums curatifs qui ont servi aux expériences cliniques dont nous allons rendre compte n'ont pas été préparés avec du sang de mouton; il en est qui ont été préparés avec du sang de chien. Quoi qu'il en soit, depuis que, chez des sujets de l'espèce humaine on a expérimenté contre la diphtérie

(1) Voir *Gazette médicale*, n° 18, p. 211, 1893.

des sérums curatifs d'une activité au moins égale à celle du sérum curatif normal caractérisé ainsi qu'il vient d'être dit, les résultats sont assez encourageants.

D'abord, au dire de M. Behring, ces sérums curatifs sont, pour notre organisme, d'une parfaite innocuité ; il n'y a pas plus de danger à les injecter sous la peau, à un enfant ou à un adulte, qu'il n'y en a à pousser sous la peau une certaine quantité d'eau salée.

Voici, d'autre part, le bilan des résultats thérapeutiques fournis par ces injections de sérums curatifs :

Le nombre des cas traités dans le courant de ces derniers mois s'est élevé à 30 ; dans tous ces cas, le diagnostic diphthérie a été posé avec une très grande rigueur. Le nombre des cas de mort a été de 6, ce qui donne un taux de mortalité de 20 p. 100. M. Behring convient que ces chiffres sont encore trop faibles pour permettre de porter un jugement tant soit peu exact sur la valeur de la *sérumthérapie*, appliquée au traitement de la diphthérie. N'empêche que les renseignements contenus dans le document statistique de M. Kossel, qui se rapporte à 11 cas de diphtérie, admis en traitement dans les salles de malades, annexées à l'Institut pour l'étude des maladies infectieuses dirigé par R. Koch, contiennent des renseignements très instructifs.

Les 11 malades en question étaient tous des enfants ; 9 ont été guéris. Des ces 9 malades, 7 présentaient des dépôts pseudo-membraneux caractéristiques sur les amygdales ; l'un de ces malades avait en outre le larynx envahi par les fausses membranes, 3 malades avaient de la diphtérie des fosses nasales. Chez 2 malades, il n'existait que des traces d'une diphtérie pharyngée, avec croup laryngé ayant nécessité la trachéotomie immédiate ; chez l'un de ces deux derniers, les fosses nasales étaient envahies par les pseudo-membranes diphtéritiques. Un seul de ces malades avait de l'albuminurie. Celle-ci a fait défaut chez les 8 autres, même à la suite des injections de sérum curatif. Chez tous les malades, l'affection diphtéritique est restée limitée aux parties envahies, à partir du moment où l'on a institué le traitement par les injections de sérum curatif. Chez les 3 enfants qui ont été trachéotomisés, la cicatrisation de la plaie s'est faite dans de très bonnes conditions.

Des 2 enfants qui ont succombé, l'un était âgé de 3 ans, l'autre de 4 ans. Ce dernier paraît avoir succombé aux suites d'une infection par streptocoques, ayant eu sa source dans l'engorgement ganglionnaire du cou. Le muscle cardiaque, les reins et le foie étaient en état de dégénérescence graisseuse très prononcée.

L'autre enfant était fortement scrofuleux. Au moment de son entrée à l'hôpital il était malade depuis trois jours ; il avait le larynx obstrué par des fausses membranes. On pratiqua immédiatement la trachéotomie, précédée et suivie d'une injection de sérum curatif de 10 c. c. Les lèvres de la plaie s'infiltrèrent, prirent mauvais aspect, l'adynamie alla en s'accentuant ; il survint de la cyanose. L'enfant succomba quatre jours après la trachéotomie. A l'autopsie on trouva les bronches presque complètement obstruées de fausses membranes ; les poumons présentaient des lésions tuberculeuses. L'examen bactérioscopique a fait découvrir des bacilles de la diphtérie dans les fausses membranes, dans le sang, et dans différents organes. Il s'agissait, en somme, d'un cas de diphtérie d'une extrême gravité.

En résumé, 2 enfants sur 4, qui ont été trachéotomisés ont échappé au trépas. Il semble donc que l'emploi des injections de sérum curatif ait pour effet de rendre moins grave le pronostic du croup laryngé en ce sens que ces injections préviendraient l'extension des fausses membranes aux bronches lorsque cette extension n'est pas chose faite. D'après le petit nombre de faits connus il semble que la sérumthérapie ait surtout pour effet d'enrayer en quelque sorte la diphtérie dans son évolution.

En somme il s'agit là d'une médication inoffensive, mais dont les preuves en tant que médication curative sont encore à faire.

Voici, pour terminer, quelques renseignements relatifs à la technique de ces injections de sérum curatif :

Les injections étaient faites avec une seringue de Koch jaugeant 10 c. c., de préférence sous la peau de la paroi antérieure du thorax. La quantité de liquide injectée chaque fois a été de 10, exceptionnellement de 20 c. c. Par des légers mouvements de massage le liquide est facile à répartir à une certaine distance autour du point de piqûre, de telle sorte que la peau ne subisse par de tension considérable. De réaction locale, il ne s'en est jamais produite, sauf un peu d'endolorissement. On n'a pas non plus constaté de signes en rapport avec une réaction générale. Il n'a pas non plus semblé que les injections aient eu une influence quelconque sur les lésions diphtéritiques. Peut-être ont-elles favorisé l'élimination des fausses membranes.

E. Ricklin.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Le bacterium coli dans l'infection urinaire, par le Dr J. Renault. (Sociétés d'éditions scientifiques, Paris, 1893.)

Ce travail a pour but de prouver que le *bacterium pyogenes* n'existe pas en tant que bactérie spéciale, et de l'identifier avec le bacterium coli commune. On peut trouver dans les urines pathologiques un certain nombre de bâtonnets qui ne liquéfient pas la gélatine des cultures. Or, pour M. Renault, les bacilles non liquéfiants urinaires, font partie d'un même groupe qu'on peut appeler groupe du *bacterium coli* ; ni l'aspect morphologique, ni les cultures sur les milieux usuels, ni les propriétés pathogènes ne permettent de les distinguer les uns des autres, non plus que du bacterium coli commune.

Dans ce groupe naturel, formé d'individus extrêmement voisins, on peut distinguer plusieurs types ; pour cela, il faut avoir recours au réensemencement d'un type sur la gélose ayant servi à la culture des autres types et à l'étude des propriétés biologiques.

De ces observations, M. Renault déduit que l'urée n'est pas un aliment pour ces bacilles ; elle n'est pas décomposée par eux, mais possède plutôt, à leur égard, une certaine action antiseptique : elle nuit à leur développement et met obstacle à certaines de leurs fonctions.

C'est précisément quand l'urine cesse d'être normale, surtout quand elle contient de la peptone (peptonurie) que le bacterium coli, arrivé dans la vessie par diverses voies que l'auteur étudie, rencontre un milieu de culture favorable pouvant donner lieu à une infection urinaire, si l'état des muqueuses est tel que l'inflammation s'étende rapidement.

Ce travail intéresse la pathologie urinaire parce qu'il per-

met de comprendre certains points jusqu'ici inexpliqués ou obscurs de l'infection ; il intéresse aussi la pathologie générale, parce qu'il montre qu'un même microbe a une vie, une manière d'être et d'agir qui se retrouvent même lorsqu'elles sont masquées par les réactions de chaque organe atteint.

Les perforations de la membrane de Shrapnell (Étude anatomique et clinique), par le Dr Aimar Raoult. (Soc. d'Éditions Scientifiques. Paris, 1893.)

Voici les conclusions de cette thèse, conclusions qui la résument parfaitement et que nous n'avons qu'à rapporter ici :

1° La perforation de la membrane de Shrapnell répond à une forme spéciale d'otite moyenne, caractérisée par la suppuration isolée de la portion supérieure de la caisse du tympan ou attique;

2° Cette portion de la caisse est nettement séparée de la partie inférieure ou atrium ; il n'existe entre les deux qu'un orifice de communication très étroit:

3° L'étroitesse de la partie unissant les deux portions de la caisse est due à la disposition des parois osseuses, à la présence des osselets, de leurs tendons et de leurs ligaments, et à celle de replis muqueux qui cloisonnent cette cavité;

4° Cet orifice de communication entre l'attique et l'atrium est démontré par l'absence de bruit de perforation pendant la douche d'air et par l'intégrité de l'atrium que l'on observe en général;

5° La suppuration se cantonne dans l'attique au niveau des différentes poches comprises entre les replis muqueux qui la cloisonnent;

6° La membrane de Shrapnell est en rapport avec ces poches et répond à la paroi externe et inférieure de l'attique.

8° La marche de la suppuration chronique localisée à l'attique suit le processus suivant : catarrhe de la caisse, rétention des produits inflammatoires dans les cavités de l'attique; suppuration de ces exsudats dans cette dernière région tandis que l'exsudat de la portion inférieure de la caisse disparaît; infection des cavités de l'attique ; perforation de la membrane de Shrapnell, passage de la suppuration à l'état chronique ; ostéite et carie des osselets;

9° La cause la plus fréquente de la suppuration de la caisse est le catarrhe de la trompe consécutif à une inflammation aiguë du nez ou du pharynx. Les autres causes sont rares, et même douteuses, pour la plupart d'entre elles;

10° La perforation de la membrane de Shrapnell peut apparaître d'une façon aiguë. Il est probable que c'est le mode de début ordinaire de cette affection, mais les phénomènes qui l'accompagnent sont souvent peu accusés et cette période initiale reste inconnue ;

11° La présence des cloisonnements de l'attique empêche l'écoulement du pus et le drainage de cette cavité rend l'évolution de l'affection longue et favorise les récidives ;

12° La même cause est une gêne pour l'institution d'un traitement actif;

13° Le cholestéatome est une complication fréquente de la perforation de la membrane de Shrapnell;

14° Le traitement consiste dans le lavage de la cavité de l'attique avec la canule d'Hartmann, le pansement phéniqué, l'extraction des osselets cariés, le curettage de la cavité.

Guide et questionnaire de tous les examens de médecine, avec les réponses des examinateurs eux-mêmes aux questions les plus difficiles, suivi de programme de conférences pour l'externat et l'internat, avec de grands tableaux synoptiques d'anatomie et de pathologie, par le Dr Berton. (Félix Alcan, éditeur, Paris, 1893.)

Voilà un livre très précieux pour l'étudiant en médecine qui se prépare aux examens de doctorat ou d'officiat, très précieux surtout pour celui qui vise à l'externat et à l'internat. On sait quelles critiques justes ont faites à ce dernier concours : pas de programme, pas de limites ; le candidat, de peur d'un échec après une préparation sérieuse cependant, doit approfondir des questions souvent d'une utilité contestable en ce qui concerne le rôle qu'il aura plus tard à remplir. Le livre de M. Berton ne fixe point de limites au concours, et il ne peut le faire; mais il donne le ton général des questions possibles en rappelant d'abord celles qui ont été posées aux concours antérieurs à 1893, et en plaçant à la fin du volume des tableaux synoptiques d'anatomie et de pathologie; ces tableaux montrent dans quel sens une question quelconque peut être préparée.

En résumé, livre très utile dont tout étudiant en médecine tirera profit dès le début de ses études.

R. Faure-Miller.

BULLETIN

La dynamogénie et l'inhibition à propos de la restitution fonctionnelle d'un nerf sectionné. — Le typhus exanthématique à l'Hôtel-Dieu de Paris en 1893. — Valeur antiseptique des essences. — Société française d'otologie et de laryngologie; session annuelle (12-15 mai 1893).

Sur l'invitation de quelques-uns de ses collègues, M. Brown-Séquard est intervenu, à l'Académie de médecine, dans la discussion relative au rétablissement fonctionnel qui suit immédiatement la suture d'un nerf sectionné. Le savant physiologiste a développé à ce sujet sa théorie bien connue de la dynamogénie et de l'inhibition, théorie qui, suivant lui explique parfaitement bien les phénomènes dont il s'agit, sans qu'on ait besoin de recourir à toute autre hypothèse, plus ou moins inadmissible, comme celle dont M. Le Fort s'est fait le défenseur.

M. Brown-Séquard a rappelé de nombreux faits qui ne laissent aucun doute sur les changements dynamiques qui surviennent dans un nerf ou dans un département du système nerveux sous l'influence d'une irritation produite en un point quelconque de ce système. C'est ainsi qu'on voit disparaître instantanément les phénomènes douloureux de la migraine en faisant passer pendant une seconde, dans la narine correspondante, un courant galvanique un peu intense. C'est ainsi encore qu'on peut faire avorter un accès épileptique précédé d'une aura périphérique par la ligature du membre qui en est le siège, dans d'autres cas par le simple pincement de la peau, ailleurs par la déviation forcée de la tête : il suffit de produire une irritation qui, transmise aux centres corticaux épileptogènes, les inhibe momentanément.

L'un des faits les plus intéressants et les plus probants rappelés par M. Brown-Séquard est celui de la double hémisection de la moelle à des hauteurs différentes, expérience dans laquelle la première hémisection ayant produit de l'anesthésie d'un côté et de l'hyperesthésie de l'autre, la seconde, pratiquée du côté opposé, renverse l'ordre des deux phénomènes et fait

apparaître de l'hyperesthésie dans les parties anesthésiées, et *vice versa* de l'anesthésie du côté hyperesthésié. Ces deux hémisections équivalent à une section complète de la moelle, et les phénomènes dynamiques ne s'en produisent pas moins.

Au point de vue particulier de la suture d'un nerf sectionné, le fait clinique de M. Tillaux, rappelé par M. Brown-Séquard, a toute la précision d'une expérience de laboratoire. Dans une blessure que reçoit un individu, le nerf médian est coupé et la partie innervée par ce nerf devient insensible. M. Tillaux suture les deux bouts du nerf divisé; la sensibilité reparaît. Peu de temps après, le blessé tombe sur le bras, et il se produit une contusion ou une simple compression au niveau du nerf suturé; la sensibilité disparaît. M. Tillaux suppose que la suture est rompue et se décide à intervenir de nouveau; mais il la trouve intacte et referme l'incision cutanée; la sensibilité reparaît. L'effet dynamogénique produit par l'incision de la peau a suffi pour ramener la sensibilité.

La conclusion générale tirée par M. Brown-Séquard de tous ces faits, cliniques ou expérimentaux, c'est que la restitution fonctionnelle, rapide ou immédiate d'un nerf sectionné, est un phénomène d'ordre purement dynamique ou dynamogénique; pas n'est besoin, pour l'obtenir, de pratiquer la suture du nerf qui n'agit qu'en produisant des excitations dynamogéniques: si les deux bouts ne sont pas trop éloignés et que la réunion par régénération soit possible, toute excitation cutanée pourra suffire à ramener la sensibilité, et il ne sera pas nécessaire de recourir à la suture.

M. Brown-Séquard a été écouté avec une vive attention. Mais sa conclusion, conforme à l'état actuel de la physiologie, est-elle acceptée sans réserve par les chirurgiens? On pourrait le croire, puisqu'aucun d'eux n'a protesté. Pour beaucoup cependant, la question ne semble pas définitivement jugée et ils attendent que la physiologie éclaire d'un nouveau jour ces phénomènes souvent encore assez vagues d'inhibition et de dynamogénie.

— M. Lancereaux, fidèle à une promesse qu'il avait faite, a communiqué à l'Académie la relation de dix cas de typhus qu'il a eu à traiter dans son service de l'Hôtel-Dieu. Sur ces 10 malades, 2 sont morts et l'autopsie n'a révélé d'autres altérations qu'une congestion intense à la base du poumon. La rate, volumineuse chez l'un d'eux, était à peu près normale chez l'autre. Ces malades ne provenaient pas tous du dépôt de la préfecture de police; plusieurs d'entre eux paraissent avoir contracté la maladie en province et même à l'étranger.

Il n'y a pas eu de cas intérieurs, ce qui tient probablement aux mesures hygiéniques instituées par notre confrère: courant d'air constant établi à plusieurs mètres au-dessus du niveau des lits des malades; pulvérisation constante d'acide phénique dans la salle, etc.

La symptomatologie des malades observés par M. Lancereaux a été celle du typhus en quelque sorte classique. La défervescence est survenue en général vers le quinzième jour et les malades sont entrés alors en convalescence.

M. Lancereaux n'admet pas de traitement systématique pour les maladies aiguës. Il n'a donc pas jugé à propos de traiter les malades d'après la méthode de Brand qui, suivant les partisans de cette méthode, donnerait d'aussi bons résultats contre le typhus que contre la fièvre typhoïde. Il a préféré répondre aux indications, dont les plus importantes lui ont paru avoir pour objectif d'abaisser la température, de diminuer la sécheresse de la peau, de remonter le système nerveux. C'est dans ce triple but qu'il a employé les lotions froides alcoolisées, les bains tièdes et mêmes les bains froids; à l'intérieur la caféine, l'éther, du lait, des grogs, du café, du champagne coupé d'eau, etc.

—Parmi les antiseptiques généralement usités beaucoup sont toxiques; d'autres répandent une odeur désagréable et fort pénible pour bien des personnes. C'est ce qui a engagé M. Lucas-Championnière à chercher à les remplacer par d'autres substances, jouissant aussi de propriétés antiseptiques, mais dépourvues des deux inconvénients signalés. Les essences, et en particulier l'essence de cannelle, paraissent remplir parfaitement ce double but; mais elles ont à leur tour un défaut, celui d'être irritantes pour la peau, ce qui tient à leur insolubilité dans les liquides sécrétés par notre organisme. Pour remédier à cet inconvénient, notre confrère dissout l'essence dans du rétinol; mais il faut se souvenir que cette solution, quand l'essence n'est pas pure, s'altère à la lumière et par la chaleur; il ne faut employer que l'essence rectifiée, ou mieux un produit que l'interne en pharmacie de M. Lucas-Championnière en a retiré, le *cinnamol*. C'est donc une solution à 1 0/0 de cinnamol dans du rétinol; solution à laquelle il ajoute souvent du naphtol, que notre confrère emploie. Il se sert aussi, pour les pansements des plaies, d'une pommade composée de cinnamol, de rétinol et de cire. Pas d'irritation; asepsie complète, cicatrisation régulière. Les essences de géranium et de verveine en solution à 1 ou 1,5 0/0, seules ou associées, donnent lieu aussi à un excellent topique. M. Lucas-Championnière a constaté que toutes ces essences passent dans l'urine: de là peut-être une nouvelle source d'indications.

— La Société française d'otologie et de laryngologie a tenu sa session annuelle du 12 au 15 mai. Trois questions avaient été mises à l'ordre du jour: 1° Traitement des suppurations des cavités accessoires du nez; 2° Traitement de l'otorrhée; 3° Traitement de la phthisie laryngée.

La première question a été subdivisée en trois autres, suivant le siège de la suppuration, et a donné lieu ainsi à trois rapports, l'un de M. Cartaz, sur le traitement des suppurations du sinus maxillaire; le second de M. Moure, sur le traitement de l'empyème du sinus sphénoïdal; le troisième, enfin, de M. Lacoarret, sur l'empyème du sinus frontal.

Le traitement de l'otorrhée est médical ou chirurgical. Le traitement médical a été l'objet d'un rapport par M. Palo; le rapporteur du traitement chirurgical a été M. Miot.

Le traitement de la tuberculose laryngée est aussi médical ou chirurgical: de là deux rapports, l'un de M. Garel, l'autre de M. Castex.

Chacun de ces rapports a été le point de départ d'intéressantes discussions, en dehors desquelles on a entendu de nombreuses communications laissées à l'initiative de chacun des membres du congrès.

Nos lecteurs trouveront dans la *Revue générale*, l'analyse des plus importantes de ces communications.

Dr F. de Ranse.

HYDROLOGIE MÉDICALE

INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES DES EAUX DE NÉRIS.

Trois grandes classes d'affections se partagent la clinique thermo-minérale de Néris :

1° Madies du système nerveux (spécialité d'action) ;
2° Maladies rhumatismales ;
3° Maladies des femmes.

A. *Maladies nerveuses.* — Au premier plan, les *névroses*; et, parmi celles-ci, l'*hystérie* dont le champ si vaste et les manifestations si variées déroutent souvent toutes le médications. Qu'elle s'y présente sous forme de convulsions générales (grandes attaques) ou de convulsions partielles (boule, spasme pharyngé, vomissements, hoquet, aboiement, tremblement, etc.), avec ses contractures ou ses paralysies, la cure de Néris est formellement indiquée, et contrebalance puissamment tous ces désordres aussi bien qu'elle ramène au physiologisme les troubles sensoriels, circulatoires ou psychiques qui en dépendent.

La *chorée* résiste très rarement à l'action des eaux de Néris, qu'elle soit complète ou incomplète (J. Simon).

Le *goître exophthalmique* ou maladie de Basedow, surtout dans ses formes frustes (tremblement, vibrations) ; l'*épilepsie*, en tant que petit mal, vertige ou absences, trouvent ici leurs indications.

Après les névroses, viennent les *névralgies* de toutes sortes, intercostale, faciale, sciatique, plantaire, ovarienne, etc..., les *dyskinésies professionnelles*, les *tics douloureux* ou simplement convulsifs, les *névropathies* diverses, migraines, névralgie générale, cérébro-cardiaque, l'irritation spinale, en un mot tous ces troubles confondus aujourd'hui sous le nom de nervosisme ou de *neurasthénie*.

Enfin, parmi les *affections médullaires* susceptibles d'être enrayées dans leur marche, ou améliorées, citons l'*ataxie locomotrice*, à la période des douleurs, des éclairs fulgurants, chez les nerveux ou excités. Mentionnons les contractures douloureuses, les tremblements hémichoréiques, les troubles sensoriels ou fonctionnels, les hémiplégies ou paraplégies, survenus au début ou dans le cours des *myélites* ; citons aussi certaines *paraplégies* rhumatismales, spasmodiques ou hystériques.

B. *Maladies rhumatismales.* — La haute thermalité des eaux et les adjuvants employés (douches chaudes avec massage) deviennent une source puissante d'indications pour le traitement des rhumatismes.

Le *rhumatisme articulaire* peut être traité à Néris, même pendant la convalescence de l'état aigu. L'endocardite légère n'est pas une contre-indication. *Chronique* et fixe, le rhumatisme est justiciable d'autres eaux. *Mobile*, il doit être traité à Néris. Le rhumatisme *musculaire* relève au plus haut point des eaux de Néris ; qu'il soit erratique, qu'il s'appelle torticolis, scapulodynie, lumbago, ou qu'il soit viscéral, il bénéficie grandement de la cure thermale.

Au résumé, les rhumatisants dyspeptiques, herpétiques, ou névropathes, doivent être les clients de Néris.

C. *Maladies des femmes.* — 1° Toutes les *métrites chroniques*, et leurs variétés cliniques développées chez les rhumatisantes, les chlorotiques, ou névropathes, relèvent des eaux de Néris, en dehors de leurs phases congestives actives. Mais les catarrhes, indurations et engorgements intimement liés à la scrofule, doivent être soignés ailleurs ;

2° Sont adressées à Néris les femmes atteintes de *lésions des annexes* ou de voisinage, salpingites catarrhales, ovarites, paramétrites diverses, etc ;

3° Sont aussi tributaires de Néris les *névralgies du bassin*, nommées névralgies pelviennes, utéro-ovariennes, le vaginisme, le prurit vulvaire, la nymphomanie, etc ;

4° Enfin l'*aménorrhée* liée à l'éréthisme nerveux, la *dysménorrhée spasmodique*, la *stérilité* (cette indication s'applique aux lésions qui peuvent entraîner la stérilité).

Conclusions : les eaux de Néris s'adressent aux maladies du système nerveux, aux maladies des femmes et aux affections rhumatismales, et pour employer une formule synthétique, on peut dire que tout état nerveux, névropathique ou simplement douloureux doit éveiller l'idée des eaux de Néris.

Nota. — Néris-les-Bains (Allier) est desservi par les gares de Montluçon et de Chamblet-Néris (6 heures de Paris). Climat sain, altitude moyenne (354 mètres). Six sources (52°) ; débit mesurant 3.600 m. c. par jour.

Deux établissements avec cabinets de bains, douches variées, piscines, douches écossaises, hydrothérapie, salles de douches avec massage, suivant la méthode d'Aix, enfin salles à pulvérisation et buvette.

Saison du 15 mai au 30 septembre.

Dr Berthon.

NOTES ET INFORMATIONS

Comité consultatif d'hygiène publique (*séance du* 15 *mai*). — D'après les renseignements fournis au Comité, le typhus continue à décroître à Paris. Il y a eu, cette semaine, 5 entrées et 1 décès à l'Hôtel-Dieu. Depuis le commencement de l'épidémie, il a été enregistré 70 admissions ; 23 malades sont sortis guéris, 15 ont succombé, 32 restent en traitement.

Organisation d'un service de remplacement pour les dimanches et jours fériés. — Le Conseil d'administration de l'Association syndicale des médecins de la Seine, sur la demande d'un certain nombre de membres de l'Association, a étudié la création d'un service de remplacement pour les dimanches et jours fériés.

M. le Dr Albert Leblond, après une étude attentive de la question, a soumis les propositions suivantes à la réunion tenue, à la Faculté de médecine, le 20 avril dernier, propositions qui, à titre d'essai, ont été adoptées à l'unanimité des membres présents.

I. — Dans chaque quartier, ou dans les quartiers limitrophes, il sera créé, sous le contrôle du Syndicat et parmi les médecins faisant partie de l'Association syndicale, un service de remplacement pour les dimanches et jours fériés.

II. — Les médecins faisant partie d'un groupe seront de service, à tour de rôle, les dimanches et jours fériés. — Le service sera de vingt-quatre heures.

III. — Le médecin de service aura à sa disposition une voiture qui stationnera devant sa porte, de 2 heures de l'après-midi à 6 heures du soir, et de 8 heures à 10 heures du soir.

IV. — Chaque médecin associé paiera une cotisation men-

suelle, destinée à couvrir les frais de voiture et de poste nécessités par les convocations. — Cette cotisation sera proportionnelle au nombre des médecins associés de chaque groupe.

V. — Un secrétaire trésorier sera désigné, par chaque groupe, pour faire les convocations et régler les frais de voiture.

VI. — Chaque semaine, deux jours au moins à l'avance, le secrétaire-trésorier adressera une lettre faisant connaître à chaque associé le nom et le domicile du médecin de service. La lettre indiquant au médecin son tour de garde lui sera expédiée six jours au moins à l'avance.

Le médecin désigné, au cas où il ne pourrait assurer le service, devra s'entendre avec un confrère et faire connaître dans les quarante-huit heures, au secrétaire-trésorier le nom de son remplaçant, afin que le nom du médecin de service puisse être désigné aux autres confrères dans le délai ci-dessus stipulé, c'est-à-dire deux jours au moins à l'avance.

VII. — Le prix des visites faites appartiendra en entier au médecin de service. — Les honoraires devront être réclamés immédiatement.

VIII. — Le prix des visites sera celui payé par le malade à son médecin ordinaire. — Le médecin de garde devra s'en rapporter à la déclaration du client. — Au cas où il supposerait une fraude, il devrait en référer au médecin habituel du client.

IX. — Toute contestation survenant entre confrères d'un groupe sera soumise au Bureau du syndicat, qui après débats contradictoires, prononcera un blâme ou l'exclusion du service de remplacement ou même du syndicat.

Le Comité d'administration invite dès lors les médecins faisant partie du Syndicat de vouloir bien envoyer leur adhésion au Dr Albert Le Blond, 53, rue d'Hauteville, afin que l'organisation du service puisse se faire dans un délai très rapproché.

Exposition internationale d'hygiène du Havre. — Une exposition sera ouverte au Havre, dans le Jardin de l'Hôtel-de-Ville, à partir du 12 août prochain.

Cette exposition sera divisée en 8 classes, savoir :

CLASSE I. — *Plans, modèles, matériel intéressant la bonification du sol et l'assainissement des villes.* — Plans de bonification des terrains marécageux. — Appareils et modèles d'installation pour le dessèchement du sol. — Plans de régularisation et projets de percement ou d'agrandissement des villes ou des petites communes. — Egouts, types divers de canalisation des eaux de pluie, des eaux ménagères et celles des latrines ; leur épuration et leur utilisation agricole ; matériaux et appareils y relatifs. — Types de fosses fixes et mobiles ; systèmes de transformation des matières de déjections au profit de l'agriculture et de l'industrie. — Plans d'assainissement des villes.

CLASSE II. — *Plans, appareils, matériel pour le service hygiénique des villes.* — Dérivation, canalisation et distribution des eaux potables dérivées des sources éloignées des lieux habités (plans, appareils, modèles et matériaux y relatifs) ; puits, citernes, bétoires, réservoirs, pompes et moyens d'épuration des eaux de pluie et de sous-sol près des lieux habités. — Lavoirs publics et buanderies. — Etablissements publics de désinfection. — Service de la voirie. — Enlèvement et utilisation des détritus et immondices des maisons. — Morgues, dépôts mortuaires et cimetières. — Fours crématoires. — Statistique des bureaux d'hygiène des villes. — Plans d'édifices pour laboratoires scientifiques ou autres (logements insalubres et mode de fonctionnement des commissions). — Laboratoires municipaux.

CLASSE III. — *Plans, matériaux, modèles de constructions hygiéniques.* — Matériaux de construction et moyens pour préserver les bâtiments de l'humidité. — Types de maisons particulières. — Types d'écoles élémentaires et supérieures et autres bâtiments d'instruction. — Abattoirs, Halles et Poissonneries. — Ecuries, Etables et Fosses à fumier.

CLASSE IV. — *Appareils et matériel pour le service hygiénique dans l'intérieur des habitations et des édifices publics et collectifs.* — Systèmes d'appareils de ventilation et de rafraîchissement. — Systèmes d'appareils de chauffage et de ventilation centrale. — Appareils de chauffage au gaz, pétrole, etc. — Appareils et matériaux d'éclairage aux matières grasses, solides et liquides. — Systèmes d'appareils d'éclairage à l'électricité. — Modèles de fermetures de portes et de fenêtres, bouches d'air pour le renouvellement de l'air dans l'intérieur des habitations et contre les influences extérieures. — Appareils pour water-closets, éviers, etc., des maisons d'habitation et des édifices publics. — Meubles et ustensiles intéressant particulièrement l'hygiène dans les maisons d'habitation. — Bancs pour les écoles ou écoles maternelles. — Appareils pour le filtrage des eaux. — Appareils d'hydrothérapie.

CLASSE V. — *Plans, modèles, appareils et institutions pour l'hygiène de l'ouvrier.* — Types de maisons ouvrières (combinaisons financières). — Acquisition de la propriété par l'ouvrier. — Systèmes de locations et de ventes. — Combinaison du loyer et de l'amortissement en vue de l'acquisition de maisons isolées. — Refuges et asiles de nuit. — Fourneaux économiques (organisation, fonctionnement et état financier). — Bureaux de bienfaisance (organisation, fonctionnement et situation financière). — Cercles pour les ouvriers. — Lavoirs publics.

CLASSE VI. — *Plans, matériels pour l'assistance publique et autres.* — Plans d'hôpitaux et d'hospices, ambulances, crèches, maternités. — Plans de salles d'opérations. — Appareils et mobilier pour les salles d'opérations et pour la stérilisation des instruments, etc. — Appareils de transports et de secours aux blessés. — Matériel et mobilier pour les hôpitaux, hospices, maternités, etc. — Eaux minérales.

CLASSE VII. — *Livres, atlas, photographies, lithographies etc., de publication récente, ayant rapport à l'hygiène et à la salubrité.* — Publications ayant rapport aux hôpitaux, hospices et maternités. — Publications ayant rapport à l'assainissement. — Publications ayant rapport aux maisons ouvrières et autres publications ayant rapport à la salubrité. — Appareils de désinfection. — Hygiène navale.

CLASSE VIII. — *Hygiène maritime.* — Plans et modèles de stations sanitaires maritimes. — Modèles d'étuves à désinfection dans les ports. — Plans et modèles pour l'assainissement des bassins. — Matériels de sauvetage pour noyés, asphyxiés, blessés, etc.

Les personnes qui se proposent de concourir à l'Exposition devront en faire la demande à M. L. David, secrétaire du Comité d'organisation, à l'Hôtel-de-Ville du Havre, avant le 1er juin prochain, terme de rigueur ; le Comité statuera sur les demandes qui lui parviendront ; il se réserve le droit d'exclure les produits qui, par leurs qualités, leur valeur, leur nature ou leurs défectuosités, paraîtraient nuisibles ou dépasseraient le but de l'Exposition.

Chaque demande devra contenir les renseignements suivants :

1° La nature et le nombre ou la qualité des objets exposés ;

2° L'espace qui leur sera nécessaire : en hauteur, largeur et profondeur.

Le Comité, après décision, adressera l'avis d'admission à chaque exposant.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — M. Fiquet, docteur ès sciences physiques, est nommé jusqu'à la fin de la présente année scolaire, préparateur adjoint des travaux pratiques de chimie.

Corps de santé militaire. — Les médecins militaires dont les noms suivent ont été désignés pour assurer le service des hôpitaux thermaux militaires en 1893 :

Bourbonne-les-Bains. — M. le médecin principal de 1re classe Mutin; MM. les médecins-majors de 1re classe Choux et Goubeau ; MM. les médecins aides-majors de 2e classe Marsais et Boullet.

Vichy. — M. le médecin principal de 2e classe Lenoir; MM. les médecins-majors de 1re classe Defos du Rau, Darricarère et Loillier; MM. les médecins aides-majors de 1re classe Lansac et Doublet.

Bourbon-l'Archambault. — M. le médecin-major de 1re classe Rigal; M. le médecin aide-major de 2e classe Le Goïc.

Baréges. — M. le médecin principal de 1re classe Dumayne; MM. les médecins-majors de 1re classe Carette et Peborde; MM. les médecins aides-majors de 1re classe Chevalier et Lespinasse.

Hôpitaux de province. — *Lyon.* — M. le Dr Pic a été nommé, après concours, médecin des hôpitaux.

Nantes. — M. le Dr Edm. Vigoard a été nommé, après concours, chirurgien suppléant des hôpitaux.

Congrès pour l'étude de la tuberculose en 1893. — Le 3e Congrès pour l'étude de la tuberculose chez l'homme et chez les animaux se tiendra, à Paris, du 27 juillet au 3 août 1893.

Association médicale mutuelle de la Seine. — Le dimanche, 30 avril, les membres de cette Association se sont réunis pour pourvoir au remplacement du regretté Dr Lagoguey, son président, décédé le 8 avril.

Le Dr Rondeau, membre fondateur, secrétaire général, a été élu à l'unanimité, en remplacement de M. Lagoguey.

Académie Royale de médecine de Belgique. *Programme des concours.* (1891-1894). — Déterminer par des recherches nouvelles les proportions d'alcaloïdes ou de glucosides contenues dans les préparations galéniques de la pharmacopée belge. *Prix* : 500 *francs.* — *Clôture du concours* : 1er *février* 1894.

1893-1895. — Etudes des causes et de la prophylaxie de la mortalité enfantile déterminée en Belgique par les affections des voies digestives. *Prix* : 600 *francs.* — *Clôture du concours* : 15 *janvier* 1895.

1893-1895. — Faire l'étude pathogénique et clinique des névroses traumatiques. *Prix* : 600 *francs.* — *Clôture du concours* : 15 *février* 1895.

1891-1894. — PRIX FONDÉ PAR UN ANONYME. Elucider par des faits cliniques, et au besoin par des expériences, la pathogénie et la thérapeutique de l'épilepsie. *Prix* : 4.000 *francs*, — *Clôture du concours* : 1er *février* 1894.

Des encouragements, de 300 à 1.000 francs, pourront être décernés à des auteurs qui n'auraient pas mérité le prix, mais dont les travaux seront jugés dignes de récompense.

Une somme de 25,000 francs pourra être donnée, en outre du prix de 4.000 francs, à l'auteur qui aurait réalisé un progrès capital dans la thérapeutique des maladies des centres nerveux, telle que serait, par exemple, la découverte d'un remède curatif de l'épilepsie.

1893-1894. PRIX FONDÉ PAR le Dr DA COSTA ALVARENGA. *Prix* : 750 *francs.* — *Clôture du concours* : 1er *février* 1894.

Les mémoires, lisiblement écrits en latin, en français ou en flamand, doivent être adressés, *francs de port*, au Secrétaire de l'Académie, à Bruxelles.

Amérique. — Le collège médical de Baltimore vient d'ouvrir ses nouveaux bâtiments.

— L'État de Washington (États-Unis d'Amérique) possède maintenant une loi défendant dans l'intérieur de ses limites l'usage des cigarettes. Avis aux voyageurs qui traversent cet État.

— La fièvre typhoïde continue ses ravages dans New-York. On en signale chaque jour 3 ou 4 cas.

Huitième Congrès annuel des médecins américains. — Voici la liste des questions qui seront traités au 8e Congrès annuel des médecins américains (30 et 31 mai, 1er juin 1893 ; Army Medical Museum and Library Building). Discours présidentiel, par A.-L. Loormis ; discussion sur le myxœdème, F.-B. Kinnicutt, rapporteur, J.-J. Putnam et M. Allen Starr, co-rapporteurs ; crétinisme sporadique dans les États-Unis, et rapport sur la dysentérie amœbique, par William Osler; quelques questions sur la fièvre des bestiaux du Texas par Théobald Smith ; expériences avec le bacille de la diphthérie par A.-C. Abbott ; nature parasitaire du cancer, par Heneage Gibbes ; un nouveau bacille pathogène, par H.-C. Ernst ; myocardite blennorrhagique, par W.-T. Coucilman ; prophylaxie du choléra et de l'immunisation cholérique, par E.-O. Shakespeare ; créosote dans le traitement de la tuberculose, par J.-T. Whittaker ; sur une fièvre continue simple, par G. Baumgarten ; traitement de la fièvre typhoïde, par S.-A. Fisk ; traitement intestinal de la chlorose, par F. Forchheimer ; origine probable et symptômes précoces de certaines affections chroniques des reins, par C.-S. Bond ; réactions de l'urine obtenues par l'éther, par A. Smith ; étude de la maladie d'Addison et des capsules surrénales, par W.-G. Thompson ; 2 cas de cystite calculeuse et 2 cas de hernie diaphragmatique, par James Tyson ; abcès sous-diaphragmatique, principalement ceux qui simulent le pneumo-thorax par A.-M. Masson ; sarcome du poumon avec pièces, par D.-W. Preutiss ; épanchements pleuraux pulsatils, par James C. Wilson ; de l'influence des déplacements utérins dans la production des vomissements des premiers mois de la grossesse, par G.-M. Garlaud (sera discuté par W.-T. Lusk et W.-M. Polk) ; observations expérimentales sur la nature de la chorée, par H.-C. Wood ; un sujet dont le titre sera annoncé ultérieurement, par W.-M. Polk.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU 30 AVRIL AU 6 MAI 1893

Fièvre typh., 4.—Typhus, 1.—Variole, 2.—Rougeole, 20.—Scarlatine, 4.—Coqueluche, 13.—Diphtérie, croup, 32.—Grippe, 52.—Affections cholériformes, 0. — Phtisie pulmonaire, 225. — Méningite tuberculeuse, 20. — Autres tuberculoses, 10. — Tumeurs cancéreuses et autres, 41. — Méningite, 35 — Congestion et hémorrhagie cérébrale, 43 — Paralysie, 9. — Ramollissement cérébral, 10. — Maladies organiques du cœur, 41. — Bronchite aiguë et chronique, 51. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 191. — Autres affections de l'appareil respiratoire, 72. — Gastro-entérite des enfants : sein, biberon et autres, 51. — Fièvre et péritonite puerpérales, 7. — Autres affections puerpérales, 0. — Débilité congénitale, 22. —Sénilité, 37. — Suicides, 19. — Autres morts violentes, 8. — Autres causes de mort, 131. — Causes inconnues, 11. — Total : 1162.

Le Rédacteur en chef et gérant : F. DE RANSE.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame. — *Téléphone.*

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Rédacteur en chef : M. le Dr F. DE RANSE

Comité de Rédaction : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN

J. ARNOULD (de Lille), P. FABRE (de Commentry), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon)

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, avenue Montaigne (Rond-Point des Champs-Élysées)

CLINIQUE CHIRURGICALE

STATISTIQUE ET OBSERVATIONS DE CHIRURGIE HOSPITALIÈRE,

Par le Dr Polaillon,

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu, professeur agrégé à la Faculté, Membre de l'Académie de médecine.

(Suite) (1).

XVII. — *Ostéo-arthrites.*

1° *Ostéo-arthrites des orteils* :

35 cas

25 hommes :	15 amputations ou résections. 10 traitements sans opération.	0 mort.
10 femmes :	6 amputations ou résections. 4 traitements sans opérations.	0 mort.

28 de ces ostéo-arthrites étaient suppurées, et formaient de véritables *tumeurs blanches*, avec fongosités et fistules. La plupart étaient de nature tuberculeuse. Deux d'entre elles reconnaissaient la syphilis pour cause.

Les 7 arthrites *non suppurées* étaient de nature rhumatismale, blennorrhagique ou goutteuse.

Le gros orteil a été le siège de la lésion dans 19 cas.

Le 5e	—	—	8 cas.
Le 2e	—	—	3 cas.
Le 3e et le 4e chacun	—	—	1 cas.
Plusieurs orteils	—	—	3 cas.

L'articulation métatarso-phalangienne a été le plus souvent atteinte : 12 fois au gros orteil ; 4 fois au 5e orteil ; 2 fois au 2e orteil ; 1 fois au 3e orteil. Vient ensuite l'articulation phalango-phalangettienne, dont le gros orteil représente 5 cas. Les autres cas appartiennent aux autres articulations ou n'ont pas été nettement déterminés.

Les ostéo-arthrites ont eu pour siège beaucoup plus souvent les orteils droits que les orteils gauches (20 fois à droite, 12 fois à gauche, 2 fois côté indéterminé).

Chez la plupart des malades, l'amputation ou la résection a été nécessaire. 3 malades ayant refusé l'opération sont sortis non guéris. 8 malades ont été guéris sans opération. 3 malades ont été améliorés.

Les 21 malades, qui ont été opérés, ont subi les opérations suivantes :

3 amputations dans la continuité de la 1re phalange ;
5 désarticulations métatarso-phalangiennes ;
8 amputations dans la continuité des métatarsiens ;
5 résections articulaires ou autres.
La mortalité a été nulle.

2° *Ostéites et ostéo-arthrites du métatarse et du tarse* :

42 cas	29 hommes	13 opérés. 1 mort. 16 non opérés. 0 mort.
	13 femmes	8 opérées. 3 morts. 5 non opérées. 2 morts.

Les ostéites des os du métatarse et du tarse se compliquent presque toujours d'une inflammation des articulations voisines.

Dans 12 cas, ces ostéo-arthrites n'étaient pas suppurées.

Les os qui ont été le plus souvent affectés, sont par ordre de fréquence :

Les os du tarse	27 fois.
Le calcanéum seul	6 —
Les os du tarse et de métatarse pris ensemble	7 fois.
Les os du métatarse seuls	2 —

Le pied droit a été malade 20 fois ; le pied gauche 12 fois ; les deux pieds 1 fois ; 9 fois le côté n'a pas été indiqué.

Chez les 21 *malades opérés*, l'intervention chirurgicale a été de nature diverse :

3 curettages et cautérisations profondes au fer rouge	3 guéris.	0 mort.
7 évidements	4 guéris.	0 mort.
3 désarticulations de métatarsien avec évidement des os du tarse	2 guéris.	1 mort.
2 désarticulations sous-astragaliennes	2 guéris.	0 mort.
1 désarticulation de Chopart	1 guéris.	0 mort.
1 excision du cuboïde	1 guéris.	0 mort.
4 amputations intra-malléolaires	4 guéris.	0 mort.

Chez les 2 *malades qui n'ont pas subi d'opération*, 4 sont sortis guéris, 6 ont été améliorés, 9 sont restés dans un état stationnaire, 2 sont morts (obs. 36 et 37).

Ces 2 cas de mort appartiennent à deux femmes, les voici :

Obs. 36. — D.. (Céline), âgée de 65 ans, entrée le 14 septembre 1881, était depuis quatre mois et demi dans le service pour une ostéite syphilitique tertiaire suppurée du tarse gauche, lorsqu'elle fut prise de pneumonie des vieillards et mourut.

Obs. 37. — B... (Victoire), âgée de 64 ans, entrée dans le service le 2 août 1882, portait une ostéite à suppura-

(1) Voir la *Gazette médicale*, nos 13, 14, 15, 17 et 18, 1893.

tion fétide du tarse droit. Elle était affectée, en même temps, d'une néphrite albumineuse qui contre-indiquait toute opération. Elle succomba, en effet, à sa néphrite vingt-neuf jours après son entrée à l'hôpital.

Les 4 malades, qui sont morts après l'intervention chirurgicale (obs. 38, 39, 40, 41), avaient une affection tuberculeuse du pied. Ils ont succombé à l'infection tuberculeuse : deux tardivement, la plaie opératoire étant guérie ou presque guérie ; les deux autres rapidement après l'opération. Dans ces deux derniers cas (obs. 38 et 39) le traumatisme opératoire a pu donner un coup de fouet à l'évolution tuberculeuse. Voici en résumé ces observations :

Obs. 38. — *Tumeur blanche astragalo-calcanéenne à la suite d'une entorse ; évidement de la partie antérieure du calcanéum ; méningite tuberculeuse ; mort.* (Obs. publiée in *Bull. de la Soc. de chirurgie*, séance du 16 mai 1883, p. 425.) La nommée D... (Amélie), âgée de 41 ans, couturière, est entrée le 12 janvier 1883 à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. Polaillon, salle Gerdy, n° 10.

Antécédents. Son père est mort vers l'âge de 65 à 70 ans sans maladie reconnue. Il n'était pas rhumatisant. Sa mère est morte de suites de couches à 32 ans. Sur cinq frères et sœurs, une sœur est vivante et bien portante ; les autres sont morts, l'un accidentellement, l'autre à la suite d'un refroidissement à 35 ans et la troisième à 60 ans.

Dans son enfance, Amélie D... n'a jamais eu de maladie. Un impétigo du cuir chevelu est la seule manifestation strumeuse qu'elle ait éprouvée. Réglée depuis 16 ans 1/2, normalement. Pas de pertes blanches. A 19 ans scarlatine sans complications.

Elle a eu 7 enfants. Le 1er est mort à 3 ans de diarrhée chlolériforme; les 2e, 3e, 4e et 5e sont morts dans leur première année par une cause indéterminée. Les 6e et 7e sont bien portants, âgés l'un de 9 ans, l'autre de 5 ans. Les suites de ses couches ont toujours été normales.

Elle n'a jamais eu d'éruption cutanée, syphilitique ou autre ; jamais de toux persistante, ni d'amaigrissement.

En septembre 1882, Amélie D... se fit une légère entorse au pied gauche. Mais son travail l'obligeant à rester toujours assise, elle souffrit peu ou pas et négligea complètement cet accident. A la fin de novembre, elle fit un ouvrage qui l'obliger à rester debout toute la journée. Dès le troisième jour son pied enfla et devint un peu douloureux. Néamoins elle continua à travailler et à marcher. Au milieu de décembre, les mouvements du pied devinrent difficiles et douloureux, et la malade se mit à boiter. Le 4 janvier 1883, elle est obligée de cesser de marcher.

État actuel. A l'entrée dans le service, le 12 janvier, le pied gauche est tuméfié sans rougeur de la peau. En arrière et au-dessous de la malléole interne on trouve une saillie élastique, presque fluctuante. Les mouvements de flexion et d'extension sont limités et douloureux.

Pas de douleurs spontanées. Pas d'engorgement ganglionnaire dans le pli de l'aine.

Aucune fièvre. L'état général est bon. Embonpoint normal. Tempérament lymphatique.

M. Polaillon diagnostique des fongosités provenant de la gaine du fléchisseur commun des orteils et peut-être des articulations du tarse.

Badigeonnages de teinture d'iode ; compression ouatée ; immobilisation dans un appareil silicaté.

14 février. La tuméfaction interne étant devenue nettement fluctuante, incision avec le bistouri. Issue d'une sérosité purulente et de quelques fongosités. Pansements avec la poudre d'iodoforme et la gaze iodoformée.

En introduisant un stylet dans la plaie, on reconnait qu'il pénètre jusqu'au calcanéum, qui est mis à nu et friable.

Opération le 1er mars. Chloroformisation. Application de la bande d'Esmarch. Précautions antiseptiques. Spray phéniqué. — Incision courbe à un travers de doigt en dessous de la malléole interne. Curage des fongosités et évidement de la partie antérieure et interne du calcanéum. L'opération terminée, le doigt sent très nettement la face articulaire et interne de l'astragale, qui est sain.

Lavage de la cavité opératoire avec un jet d'eau phéniquée. Etablissement d'un drain. Deux points de suture métallique. Pansement de Lister. Immobilisation du pied et de la jambe dans un appareil plâtré.

L'examen microscopique des fongosités et de l'os enlevé ne démontre pas la présence d'éléments tuberculeux.

Le 2 mars. Fièvre nulle.

Le 3. 1er pansement.

Le 6. 2e pansement. Le drain est changé ; les sutures sont enlevées. La plaie semble se réunir par première intention.

Mais, dans les jours suivants, on voit du pus sortir de la profondeur de la plaie.

Le 14. Décollement de la peau au niveau de l'extrémité postérieure et supérieure de l'incision. La plaie est fongueuse.

Pansement tous les jours avec la poudre d'iodoforme et la gaze iodoformée portée jusqu'au fond de la plaie.

Le 31. Depuis quelques jours, la malade a été prise d'une somnolence presque continuelle. Elle ne demande plus à manger. Elle fait ses déjections sous elle. Quelques vomissements. Céphalalgie diffuse. Douleurs vagues dans les membres. Elle répond difficilement aux questions qu'on lui adresse. Pas de frissons. Pas de toux. L'auscultation de la poitrine et du cœur ne relève rien. Les urines, examinées avec soin, sont normales.

4 avril. Même état de torpeur et de demi-coma. Hyperesthésie : la malade accuse une douleur très vive au moindre pincement de la peau ou des masses musculaires. La tête est renversée en opisthotonos, et le cou est rigide, si bien qu'il est impossible de lui faire exécuter le moindre mouvement. Les pupilles ne sont pas inégales et la contractilité pupillaire est intacte. Pas de déviation conjuguée des yeux. L'intelligence est de plus compromise. Par moments la malade manifeste une grande gaieté.

On diagnostique une méningite probablement tuberculeuse et on porte un pronostic très grave.

Le 5. Constipation sans ballonnement ni rétraction du ventre. La tête est toujours en opisthotonos, mais avec une légère rotation à droite. Un peu de frissons. Douleur vive à la moindre tentative de mouvement communiqué.

Fièvre très modérée, 38°,4, le soir.

Révulsif. Lavement purgatif.

Le 6. Même état. Il semble par moment qu'il y a de l'hémiplégie faciale gauche. La tête est toujours tournée à droite. Mais sans déviation conjuguée des yeux. T. 38°,6.

Le 7 Coma de plus en plus profond. Refroidissement des extrémités. T. 36°, 8. Mort à dix heures du soir.

Autopsie. On ouvre le crâne avec précaution et on trouve

une *méningite tuberculeuse* des plus caractérisées. Il n'y a pas de tubercule dans la masse encéphalique.

Quelques granulations tuberculeuses au sommet des deux poumons.

Le cœur et le péricarde sont sains.

Semis de granulations tuberculeuses sur tout le péritoine.

Point d'épanchement ascitique, ni fausses membranes. Infiltration tuberculeuse des ganglions mésentériques.

Toutes ces productions tuberculeuses sont de formation très récente.

L'examen du pied montre une ostéite suppurée du calcanéum et du scaphoïde. Les articulations astragalo-calcanéenne et médio-tarsienne sont remplies de fongosités.

L'articulation tibio-tarsienne est saine; mais les éléments péri-articulaires sont épaissis et indurés.

Obs. 39. — B... (Marie), âgé de 17 ans, entre le 15 mars 1887. Son état général est mauvais. Elle porte une tumeur blanche, de nature tuberculeuse, des articulations médio-tarsiennes gauches. En même temps le genou gauche, guéri d'une arthrite datant de l'enfance, présente une ankylose incomplète à angle droit.

Le 16 avril, chloroformisation. Ischémie avec la bande d'Esmarch. Evidement et cautérisation du foyer tuberculeux. Lavage phéniqué de la plaie. Pansement iodoformé. Ténotomie sous-cutanée des tendons fléchisseurs de la jambe qui s'opposaient au redressement du genou. Immobilisation dans un appareil plâtré.

Quatre jours après l'opération, le 20 avril, à 1 heure du matin, la malade meurt presque subitement. La cause de la mort a été attribuée, selon toute vraisemblance, à une tuberculose encéphalique.

L'autopsie n'a pas été faite.

Obs. 40. — P... (Françoise), âgée de 35 ans, couturière, entre dans mon service le 8 décembre 1884. Elle est affectée d'un mal de Pott cervical, ancien, paraissant guéri ou, du moins n'étant plus dans une période d'activité. Elle vient réclamer, mes soins pour une ostéite tuberculeuse, nécrosique, du calcanéum droit.

Le 20 décembre. Chloroformisation. Incision en fer à cheval embrassant la face postérieure et les faces latérales du talon. Dissection du lambeau plantaire. Extirpation du calcanéum en plusieurs morceaux. Suture de l'incision. Pansement de Lister, d'abord; pansement à l'iodoforme ensuite.

Guérison par suppuration.

Au mois d'avril 1885, la malade ayant été gardée dans le service, parce qu'elle ne pouvait pas encore marcher sur son pied opéré, je constatai de l'hébétude, de la céphalalgie, des vomissements.

Le 29 avril, plus de quatre mois après son opération, elle mourait avec tous les signes d'une méningo-encéphalite tuberculeuse, qui fut constatée à l'autopsie.

Obs. 41. — Le nommé R... (Antoine), âgé de 51 ans, entre le 30 avril 1890, pour une ostéo-arthrite tuberculeuse, suppurée, du tarse droit. Il existe des abcès et des fistules.

Opération le 11 octobre, après avoir temporisé plusieurs mois. Chloroformisation. Evidement et ablation des os du tarse. Résection de l'extrémité postérieure des métatarsiens correspondants. Pansements iodoformés et ouatés.

Le 7 novembre, poussé d'érysipèle.

Le 22 décembre, mort à la suite d'une tuberculose pulmonaire aiguë.

La durée moyenne du traitement, en faisant abstraction des malades qui sont morts, a été de trois mois vingt-six jours.

3° *Arthrites tibio-tarsiennes non suppurées* :

47 cas { 37 hommes / 10 femmes } 0 mort.

Les causes, par ordre de fréquence, ont été : 17 fois, une entorse; 6 fois, le rhumatisme; 5 fois, la blennorrhagie; 5 fois, une fracture sus-malléolaire ancienne ; 1 fois, la syphilis; 13 fois, la cause n'a pas été reconnue.

Le pied gauche a été affecté plus souvent que le pied droit (21 arthrites à gauche, 18 à droite, 1 aux deux pieds simultanément; 7 fois côté indéterminé).

Dans 16 cas, nous avons eu affaire à des arthrites négligées devenues chroniques. Dans 5 cas, la lésion articulaire était de la nature des arthrites sèches, avec plus ou moins de déformation des os. Dans 8 cas, l'inflammation était subaiguë et, dans 4 cas seulement, franchement aiguë.

Le traitement a consisté en révulsions avec la teinture d'iode et les pointes de feu, et surtout dans l'enveloppement ouaté et l'immobilisation.

Le résultat du traitement a été: 15 guérisons; 28 améliorations (plusieurs malades étant sortis avant leur guérison complète); 4 états stationnaires.

2 malades sont revenu pour des rechutes de l'inflammation articulaire.

La durée moyenne du séjour à l'hôpital a été de vingt-trois jours.

14 malades	y ont séjourné	de 1 à 10 jours.
11	—	de 10 à 20 —
9	—	de 20 à 30 —
9	—	de 30 à 91 —

4° *Arthrites tibio-tarsiennes suppurées ou fongueuses.*

32 cas { 23 hommes { 11 opérés 1 mort. / 12 non opérés 0 — } ; 9 femmes { 6 opérées / 3 non opérées } 0 mort. }

La cause la plus fréquente est encore l'entorse, mais l'entorse agissant sur un terrain prédisposé par la diathèse tuberculeuse.

Le pied gauche est aussi le plus souvent atteint (20 arthrites suppurées au pied gauche, contre 9 au pied droit, 3 fois le côté n'a pas été déterminé).

La fréquence des arthrites tibio-tarsiennes suivant les âges m'a donné les chiffres suivants :

	Arthrites non suppurées.	Arthrites fongueuses ou suppurées.
De 15 à 20 ans	4	6
De 20 à 30 ans	15	6
De 30 à 40 ans	12	4
De 40 à 50 ans	5	10
De 50 à 60 ans	7	1
Au-des. de 60 ans	2	5

Dans 19 cas, l'articulation était envahie par les fongosités

et présentait tous les caractères d'une tumeur blanche. Dans 13 cas, l'articulation était, en outre, suppurée, 9 fois avec des fistules et des os dénudés.

La complication la plus fréquente a été la tuberculose pulmonaire (dans 7 cas), ou des affections similaires; l'adénite cervicale, (2 cas); la synovite fongueuse des extenseurs des doigts, (1 cas); la synovite de la gaine des péroniers, (1 cas); le mal de Pott, (1 cas); l'arthrite fongueuse des articulations du tarse, (2 cas). Dans 2 cas, le malade était albuminurique.

Chez 10 malades, je n'ai pas cru devoir intervenir par une opération, parce qu'il y avait chance de guérison par la révulsion, la compression ouatée et l'immobilisation. 7 malades ont été améliorés, 3 sont restés dans le même état sans aggravation.

5 malades ont refusé l'amputation ou quelqu'autre opération, et sont sortis de l'hôpital.

Parmi les 17 malades qui ont subi une opération, l'intervention a varié de la manière suivante :

3 arthrotomies (grattage, évidement)	3	guéris,	0	mort.
1 résection tibio-tarsienne. . . .	1	—	0	—
1 désarticulation tibio-tarsienne.	1	—	0	—
12 amputations de la jambe . . .	11	—	1	(obs. 42).

La durée moyenne du traitement médical a été de soixante-sept jours pour les malades non opérés. Quant aux malades opérés je renvoie à la statistique des opérations.

Obs. 42. — L... (Ferdinand), âgé de 65 ans, ancien maître d'hôtel, entre dans mon service le 11 janvier 1881.

Il avait éprouvé, il y a quinze mois, une douleur sourde dans le pied gauche. Cette douleur se calmait par le repos. Bientôt le pied se tuméfia, principalement au niveau de l'articulation tibio-tarsienne et de la malléole externe. Les douleurs devinrent continues et assez aiguës pour empêcher le sommeil. La peau rougit, et il se forma un abcès que le malade ouvrit lui-même avec un canif. Il en sortit un flot de pus. Malgré cette évacuation, les douleurs continuèrent avec la même violence, et une suppuration abondante et fétide continua à se produire. L... pouvait encore, à ce moment, s'appuyer un peu sur son pied.

Il y a six mois, neuf mois après le début de l'arthrite du pied gauche, une douleur identique se fit sentir dans le pied droit. Peu à peu la douleur augmenta. Deux abcès se formèrent et s'ouvrirent au niveau des malléoles.

Comme les douleurs persistaient et que la marche était devenue impossible, L... fut obligé d'entrer à l'hôpital.

A l'examen du pied gauche, je trouve, au niveau de la malléole externe, une plaie ulcérée qui laisse échapper un pus extrêmement fétide. Le stylet pénètre sur les os dénudés, en particulier sur le calcanéum.

Le pied droit, qui a été affecté plusieurs mois après le pied gauche, est bien plus malade que celui-ci. Il existe, au niveau de la malléole interne, une large perte de substance qui met à nu l'extrémité inférieure du tibia. Sur le côté externe, on voit une ouverture fistuleuse, à bords déchiquetés dont le trajet anfractueux laisse écouler une grande quantité de pus non fétide. Avec le stylet, je trouve une dénudation très étendue de l'astragale et du calcanéum.

Il s'agissait donc d'une ostéo-arthrite suppurée des deux articulations tibio-tarsiennes, compliquée à droite d'un ostéite du calcanéum et d'une arthrite calcanéo-astragalienne.

Je donne à entendre au malade qu'une amputation du pied le plus affecté est urgente. Mais il demande quelques jours pour se décider.

En proposant cette opération, qu'il aurait probablement fallu compléter par une autre opération à gauche, je ne me dissimulai pas que le terrain était très mauvais. Amaigrissement, diminution de l'appétit, teinte terreuse de la peau, athérome artériel, signes d'une tuberculose commençant au sommet du poumon gauche, tout cet ensemble était bien propre à me faire renoncer à une intervention, si je n'avais été convaincu que la suppression du principal foyer d'infection pouvait améliorer l'état du malade et prolonger sa vie.

Le 17 janvier, à la suite d'un refroidissement dans son lit, L... présente un œdème des paupières et de la face. Je constate que les urines contiennent une notable quantité d'albumine. Régime lacté.

L'œdème et l'albuminurie disparaissent assez rapidement. Mais les douleurs des pieds augmentent, et le patient demande l'opération.

Le 29. Chloroformisation. Amputation sus-malléolaire de la jambe droite, en prenant le principal lambeau en arrière sur la peau du talon, seul point où il fut possible de trouver de la peau saine. Ligature de trois artères. Résection de quelques centimètres du nerf tibial postérieur. Suture du lambeau. Drain. Pansement de Lister et enveloppement de ouate.

2 février. Agitation et délire pendant la nuit. Un peu de fièvre. Le pansement est renouvelé pour la première fois. Le moignon ne présente pas de rougeur inflammatoire. Mais il y a en avant une plaque de gangrène, grande comme une pièce d'un franc, et une infiltration de gaz sous la peau. T. 37°,6.

Pansement tous les jours. La plaque de gangrène augmente d'étendue et envahit tout le lambeau antérieur. Le lambeau postérieur est en très bon état. La température ne dépasse guère 38° le soir. L'albuminurie est revenue.

Le 20. L'état général est mauvais. L'opéré est dans une somnolence presque continuelle. La plaie bourgeonne mal. La suppuration du pied gauche reste très fétide.

Le 22. La température s'élève à 39°,1 le matin et à 39°,4 le soir.

5 mars. Malgré les pansements antiseptiques, la plaie a un aspect blafard. La langue est sèche, fuligineuse. Le malade est en proie à la septicémie, aggravée par l'état général.

Le 15. Mort.

A l'autopsie, on trouve des tubercules dans les poumons. Les reins sont petits, amyloïdes. Plaques d'athérome sur l'aorte. La cicatrisation du moignon se faisait d'arrière en avant entre le lambeau postérieur et la section osseuse.

(A suivre.)

DU RÉVEIL DE CERTAINES AFFECTIONS LATENTES (ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE (1),

Par M. Verneuil (2).

De temps immémorial on a noté la réapparition d'accidents divers dans le foyer d'anciennes blessures complète-

(1) Pour désigner les faits que je vais exposer, je préfère le terme de *réveil* à ceux de *rechute*, *récidive*, *recrudescence*, qui n'ont pas exactement la même signification.

(2) Académie des sciences, 15 mai 1893.

ment guéries en apparence depuis plus ou moins longtemps. Notamment, à la suite de fractures par armes à feu, qui, en général, suppurent longtemps, il est commun d'observer des douleurs modérées et passagères parfois, mais parfois aussi fort intenses avec périostite, ostéite, formation d'abcès, ouverture ou réouverture de fistules, issue de séquestres et d'autres corps étrangers et naturellement symptômes généraux correspondants.

Ces accidents peuvent se montrer des mois, des années, des lustres même après la blessure, à des époques indéterminées, séparées par des trêves pendant lesquelles le membre fracturé, s'il est exempt de déformation, de raideur ou d'atrophie, fonctionne quasi normalement.

Tout ceci est absolument classique.

En revanche, on connaît beaucoup moins les causes et le mécanisme de ces réveils imprévus et décourageants qui ne permettent jamais de compter sur la guérison définitive et justifient trop bien une de mes maximes favorites : *Restitutio ad integrum, post morbos, res rarissima.*

Lorsqu'on se montre peu exigeant en étiologie, qu'après l'ouverture des abcès on trouve un séquestre ou autre corps étranger, et qu'on se rappelle enfin que fréquemment un certain nombre de microbes pyogènes restent emprisonnés dans des foyers purulents clos après avoir communiqué longtemps avec l'extérieur, on croit ces conditions suffisantes pour expliquer comment, suivant une locution vulgaire mais bonne à conserver, les foyers pathologiques éteints *se réchauffent* et *se rallument.*

D'autre part, si l'on considère que les corps étrangers et dépôts microbiens latents peuvent être tolérés un temps infini sans provoquer la moindre réaction locale et sans donner signe d'existence, on en conclura que leur rôle, s'il n'est pas entièrement nul, exige au moins pour s'exercer le concours d'autres agents pathogènes plus actifs.

Or, parmi ceux-ci, il en est deux principaux dont la fâcheuse efficacité n'est pas douteuse, savoir : 1° une nouvelle violence extérieure portant sur le lieu de l'ancienne blessure ; 2° une maladie infectieuse : pyrexie, toxémie, microbiose aiguë etc., contractée par hasard.

Le mécanisme du réveil, quoique très différent dans les deux cas, est facile à saisir.

Le nouveau trauma, qui eût été apte à engendrer de toutes pièces et dans des tissus sains un travail inflammatoire, *a fortiori*, agira de même et plus aisément encore sur un point où les matériaux phlogogènes et pyogènes sont pour ainsi dire en réserve et tout prêts à réaliser l'auto-inoculation traumatique, surtout s'il existe un séquestre capable de blesser la paroi de la cavité pathologique qui le referme.

De son côté, l'infection, d'où qu'elle parte, implique l'existence dans le sang de principes toxiques, lesquels inoculent, par endosmose cette fois, l'ancien foyer traumatique prédisposé à les recevoir à titre de *Locus minoris resistantiæ* et en raison de son état anatomique spécial.

M'étant imposé comme règle de ne jamais éditer une proposition de pathologie générale si claire et si bien fondée qu'elle paraisse, sans l'appuyer sur des faits irrécusables, ne pouvant citer tous ceux que j'ai réunis, je me bornerai à rapporter ici un cas type d'autant plus probant que, des trois réveils dont le blessé a souffert dans l'espace de quatorze ans (1879-1892), les deux premiers ont eu pour cause évidente une violence extérieure, et le dernier une attaque de la maladie régnante, de cette sotte grippe qui n'a pas sa pareille pour rappeler tous les états morbides antérieurs plus ou moins oubliés.

Voici le fait sommairement rapporté.

OBSERVATION. — M. N..., percepteur en province, 44 ans, taille moyenne, bonne constitution, atteint seulement de manifestations arthritiques, reçoit en 1870, à la bataille du Mans, une balle qui fracture le fémur gauche un peu au-dessus de la partie moyenne. Refus absolu d'amputation, traitement par la conservation qui réussit, mais avec suppuration interminable, recrudescences inflammatoires réitérées, issue de nombreuses esquilles, etc. En 1873 seulement, les plaies sont cicatrisées. Une saison à Barèges accélère la restauration fonctionnelle qui s'achève, et grâce à laquelle, malgré un cal un peu difforme, M. N. en 1879 marchait, chassait et se livrait surtout à l'équitation, son exercice de prédilection.

Survint alors une chute de cheval, la cuisse blessée porte violemment sur le sol, d'où le premier réveil ; douleur vive, inflammation intense, abcès chaud ouvert au bistouri, issue d'esquilles. La guérison ne demande pas moins de deux mois.

En juillet 1885, second réveil, à la suite d'une course très prolongée sur un cheval difficile et à réactions dures ; la cuisse blessée fut longuement et fortement froissée. M. N..., harassé, se couche en rentrant, le lendemain, quoique fort mal à l'aise, il fait une longue course en voiture ; puis, accablé de chaleur et malgré les recommandations de son médecin qui l'accompagnait, boit deux ou trois verres de bière très froide. Le soir même, fièvre, frissons, toux fatigante répondant dans la blessure, souffrances croissantes, inflammation vive, gonflement diffus, formation d'un abcès ouvert à la partie antérieure de la cuisse, un peu au-dessus de la saillie du cal, issue d'un pus extrêmement fétide, sans extraction ni élimination de séquestre. Drainage, désinfection. La durée de la crise dépasse deux mois.

Retour tous les deux ans à Barèges, toujours avec avantage. Santé excellente et très bon usage du membre à la fin de 1892. L'hiver dernier, un peu de surmenage et l'exposition prolongée, un jour de chasse, à un vent froid et vif n'ont pour conséquences qu'un lumbago et une névralgie faciale dont font justice le salicylate de soude et l'antipyrine. Au changement de temps, petites crises et douleurs à la cuisse durant à peine quelques heures.

Le 22 avril dernier, par un très beau temps, M. N..., en fort bon état, se rend pour affaire dans une localité où régnait la grippe, y séjourne très peu de temps et ne s'y fatigue nullement ; néanmoins, il est pris dès le soir de malaise qui augmente le lendemain et enfin d'une attaque intense de grippe qui revêt au début la forme thoracique puis bientôt la forme gastrique avec nausées, soif inextinguible, anorexie absolue, congestion hépatique, ictère léger, mais bien caractérisé, urines à dépôt rosacique très abondant avec la matière colorante de la bile.

Quarante-huit heures à peine après le début des accidents, la toux, cette fois encore, retentit douloureusement dans le foyer de la fracture, l'inflammation violente réapparaît avec élévation de la température qui, au sixième jour, atteint 39° le soir.

C'est alors que je vois le malade pour la première fois, avec M. le Dr Lecler, de Rouillac, de qui je tiens tous les détails

qui précèdent et qui soigne M. N... depuis plus de douze ans. Nous diagnostiquons sans peine la formation d'un abcès dont nous ne pouvons toutefois pas déterminer le siège exact en raison de sa profondeur.

Seulement le 3 mai, guidés par la douleur, un certain empâtement et un peu d'œdème circonscrit, nous allons chercher, à 5 centim. de profondeur, à la partie postéro-externe de la cuisse, derrière le cal de la fracture, un abcès renfermant un verre d'un pus infect (1).

Soupçonnant l'existence d'une esquille, j'explore très attentivement le foyer avec l'index de la main gauche et reconnais, en effet, un fragment osseux, évidemment détaché depuis 1870 et atteignant à peine les dimensions de la moitié de l'ongle du doigt auriculaire.

Drainage, désinfection, pansement à l'iodoforme; amélioration prompte, mais longueur du travail de réparation due à la grippe, qui suit son cours; le 14 mars, toutefois, M. N... était en pleine convalescence. La guérison prochaine n'est pas douteuse, surtout si le foyer ne renferme plus de corps étranger.

Je crois inutile de commenter un fait si démonstratif, mais j'ajouterai quelques mots pour résumer cette note.

A l'aide d'études poursuivies sans relâche depuis nombre d'années, je crois avoir établi que le traumatisme, considéré comme état général distinct, a le pouvoir d'exercer hors de son foyer initial, sur l'organisme entier et en particulier sur les sujets antérieurement malades, diverses actions extrinsèques dont j'ai donné la longue liste (2).

A l'aide de faits également nombreux plus ou moins comparables à celui qui précède, j'affirme que les maladies infectieuses peuvent agir exactement comme le traumatisme, c'est-à-dire éveiller, réveiller, modifier généralement en mal, quelquefois en bien, les propathies locales et générales.

D'où cette conclusion un peu inattendue, sans doute, que le traumatisme et les maladies infectieuses qui semblent si distants dans le cadre nosologique, exercent cependant sur certains sujets, diversement tarés, une action pathogène fort analogue.

Une justification plus explicite de ce rapprochement ne serait certainement pas inopportune; je compte la présenter quelque jour.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

NOTES SUR LES TACHES BLANCHES DU FOIE INFECTIEUX (3)

Par M. Hanot.

J'ai l'honneur de présenter à la Société quelques dessins qui reproduisent une lésion microscopique du *foie infectieux* que je désigne sous le nom de *taches blanches du foie infectieux*.

M. le professeur Hayem les avait déjà observées dès 1871 à l'autopsie d'individus morts d'infection purulente et les appelait *taches anémiques*.

Je les ai notées sur tous les foies infectieux que j'ai vus et ceux que je montre ici ont été trouvés dans des cas de pneumonie grippale, de choléra, de diphtérie, de méningite aiguë suppurée, de phelgmon gangreneux du pharynx. On les trouve aussi sur les foies de fièvre typhoïde, variole, rougeole, scarlatine, fièvre puerpérale, pleurésie purulente, tuberculose, rage, etc.

La tache blanche est donc une lésion immanquable, absolument caractéristique du foie infectieux.

Ces taches siègent de préférence à la face convexe du foie. Elles sont de formes et de dimensions variables, circulaires quand elles sont petites; plutôt ovales, quadrangulaires à prolongements, si elles sont grandes. Leurs dimensions varient du diamètre d'une lentille à celui d'une pièce de cinq francs et plus.

Le tissu hépatique qui les entoure fait ressortir par sa teinte foncée leur blancheur. Elles ne font pas une saillie apparente; cependant le doigt glissant sur le foie sent un léger soulèvement à leur niveau.

Parfois, quand elles sont petites, elles constituent des granulations, et, cette apparence est telle, dans certains cas, qu'on peut appeler le foie qui les porte *foie granuleux infectieux*. Elles se distinguent cependant des granulations cirrhotiques, par leur pâleur jaunâtre, leur mollesse et leurs dimensions toujours plus considérables. Elles sont d'ailleurs rares dans l'hépatite infectieuse aiguë.

Les ilôts blancs, si le foie se congestionnant donne la sensation d'œdème, peuvent paraître déprimés.

Sur les coupes du tissu hépatique, l'apparence de ces taches est la même qu'à la surface.

Je dirai d'une façon générale que les lésions du foie infectieux présentent leur maximum au niveau des taches blanches.

A l'examen microscopique on note une dilatation des capillaires infiltrés de leucocytes; cette infiltration ne s'observe pas seulement à l'intérieur du lobule, mais aussi dans les espaces inter-lobulaires, surtout autour des veines portes et des canaux biliaires. Des microbes, variables selon les cas, sont interposés en plus ou moins grand nombre aux éléments cellulaires. Par places, la travée est disloquée et les jeunes cellules entourent complètement des blocs de plusieurs cellules altérées.

Sur les taches blanches, toutes les cellules hépatiques sont plus ou moins modifiées dans leur constitution et présentent des altérations diverses. Sur les unes, tuméfaction protoplasmique avec multiplication des noyaux; sur d'autres, dégénérescence granulo-graisseuse, pigmentaire, pyaline ou vitreuse.

Un certain nombre de ces cellules ainsi dégénérées sont manifestement atrophiées.

Sur les taches blanches du foie cholérique, on observe cette altération cellulaire que nous avons décrite, le Dr Gilbert et moi, sous le nom de *tuméfaction transparente*.

Sur certaines coupes, on remarque dans le tissu qui entoure les taches blanches une formation abondante de néocanalicules biliaires. En passant, je signale l'importance de la néo-formation canaliculaire dans le processus anatomique du foie infectieux.

En un mot, à l'intérieur des lobules qui constituent la tache blanche: dilatation des capillaires avec infiltration leucocytique et microbienne; dislocation plus ou moins

(1) Voir, pour la pathogénie des *abcès fétides* des membres, Nepveu, *Premier Congrès français de Chirurgie*, p. 96, 1885.

(2) Verneuil. *Du traumatisme considéré comme agent morbifique* (*Revue de Chirurgie*, 1881, p. 3.) *Aggravation des propathies par le traumatisme* (*Société de Chirurgie*, 1883, p. 150.)

(3) Société de biologie.

accusée de la travée hépatique ; altérations cellulaires, les unes irritatives, les autres dégénératives.

De plus, au voisinage des groupes de cellules en processus irritatif, les cellules endothéliales des capillaires offrent parfois des figures karyokinétiques très nettes.

Tout ce complexus histologique témoigne du double travail de destruction et de réparation qui se fait dans les éléments anatomiques soumis à l'action des microbes pathogènes.

REVUE DES JOURNAUX

SUR L'ATAXIE HÉRÉDITAIRE (MALADIE DE FRIEDREICH), par le professeur H. SENATOR. (*Berliner Klin. Wochenschrift*, 1893, n° 21, p. 489.)

Le professeur Senator, dans une récente séance de la Société des médecins de la Charité de Berlin, a fait sur la forme héréditaire d'ataxie, connue sous le nom de maladie de Friedreich, une communication dont les conclusions méritent d'être mises en évidence. En effet, eu égard au substratum anatomopathologique de la maladie en question, ces conclusions s'écartent des notions qui ont cours depuis une dizaine d'années.

Toute d'abord, M. Senator a présenté un malade qui offrait l'ensemble des symptômes appartenant en propre à la maladie de Friedreich : impossibilité de se tenir d'aplomb sur les jambes (ataxie statique); démarche incertaine, titubante, en zig-zag, rappelant celle de l'homme ivre ; vertige ; affaiblissement considérable des réflexes tendineux ; nystagmus ; parole hésitante monotone ; légère diminution de l'excitabilité galvanique et faradique des muscles et des nerfs. Absence de troubles de la sensibilité et d'autres anomalies.

M. Senator a rappelé que depuis 1878, les recherches de Kahler et Pick, de Rutmeyer, etc., ont conduit les pathologistes à considérer la maladie de Friedreich comme étant l'expression d'une « sclérose systématique combinée de la moelle ». C'est cette opinion, passée à l'état de notion classique, que Senator a cru devoir réfuter.

Tout d'abord il a mis sous les yeux de l'assistance des préparations histologiques provenant de 4 malades qui de leur vivant avaient présenté un ensemble de symptômes très différent du tableau clinique de la maladie de Friedreich. Or, ces préparationsse rapportaient précisément à des cas de sclérose systématique combinée de la moelle; les zones de sclérose réalisaient bien la distribution qu'on leur assigne dans les cas de maladie de Friedreich, et réalisaient cette distribution d'une façon plus « systématique », si l'on peut s'exprimer ainsi, que dans les cas de maladie de Friedreich avec autopsies, publiés jusqu'alors.

Revenant ensuite à son premier malade, M. Senator a fait remarquer que chez lui le premier aspect développait bien plutôt l'impression d'une affection cérébelleuse que d'une maladie de la moelle. Cette analogie entre certains troubles moteurs de la maladie de Friedreich et ceux des affections cérébelleuses n'a pas échappé à d'autres pathologistes. A l'idée de M. Senator, on n'y a pas attaché une suffisante importance : tout au plus Hammond incline-t-il à localiser le siège primitif de la maladie de Friedreich dans le bulbe, avec participation du cervelet au processus morbide.

Le vertige, l'embarras de la parole, le nystagmus, l'affaiblissement et l'abolition des réflexes patellaires, le tout concordant avec l'absence de troubles de la sensibilité, sont également des manifestations qu'on observe dans les affections cérébelleuses. Bref l'hypothèse d'une lésion du cervelet est de nature à rendre compte de tous les symptômes de la maladie de Friedreich.

Cette lésion, d'après ce que nous savons de l'étiologie de la maladie de Friedreich, ne peut consister que dans un arrêt de développement du cervelet ou de certaine portion de cet organe. La nature de la lésion explique l'absence de certains symptômes, tels que l'œdème de la papille, la douleur occipitale, les vomissements, etc., qu'on observe dans les affections cérébelleuses, mais qui sont en rapport avec une compression ou une irritation de l'organe, non avec une suppression de certaines de ses attributions fonctionnelles.

On connait aujourd'hui quelques exemples d'atrophie du cervelet. Leur nombre n'est pas considérable, et la plupart se rapportent à des cas où la lésion du cervelet se compliquait d'anomalies et de lésions d'autres parties de l'encéphale ou de la moelle, ou d'altérations inflammatoires du cervelet, de sorte qu'il est difficile de distinguer quelle part revenait, dans le développement des manifestations notées du vivant des malades, à l'atrophie cérébelleuse, quelle part aux lésions concomitantes. Dans ces derniers temps P. Menzel (*Archiv. für Psychiatrie und Nervenkrank*, 1891, t. XXII, p. 160) et Nonne (*Eodem loco*, p. 283) ont publié des exemples d'une affection familiale, qui offre maints points de ressemblance d'une part avec la maladie de Friedreich, d'autre part avec le syndrome qui traduit l'atrophie du cervelet. Dans les deux cas, dans celui de Menzel et dans celui de Nonne, on a trouvé à l'autopsie une atrophie du cervelet et de la moelle, atrophie qui chez le malade de Nonne intéressait également le cerveau. Par contre chez ce malade, la moelle ne présentait pas la dégénérescence des cordons postérieurs et des cordons latéraux, qui existait chez le malade de Menzel, avec la même distribution que dans les cas de maladie de Friedreich. Et cependant, chez le malade de Nonne on avait constaté, à côté d'autres symptômes, les manifestations qu'on attribue en propre à la maladie de Friedreich : l'ataxie avec ses caractères particuliers, l'embarras de la parole, le nystagmus, l'absence de troubles de la sensibilité. Bien plus, dans le cas de Menzel, l'incoordination motrice revêtait les caractères de l'ataxie spinale, contrairement à ce qui avait lieu chez le malade de Nonne. M. Senator conclut qu'on ne saurait trouver de preuves plus nettes de ce que l'ataxie statique, telle qu'on l'observe dans les cas de maladie de Friedreich, est indépendante des lésions systématiques combinées de la moelle. L'atrophie de la moelle, qui a été constatée dans les deux cas de Menzel et de Nonne, et qu'on a rencontrée aussi dans quelques cas de maladie de Friedreich, ne saurait davantage rendre compte de l'ataxie revêtant le caractère cérébelleux. Tout au plus peut-on rapporter à la lésion spinale, l'abolition du phénomène du genou, qu'on observe habituellement dans la maladie de Friedreich. D'ailleurs on a constaté ce signe dans des cas où il n'y avait en cause qu'une lésion cérébelleuse.

En résumé, voici la conclusion à laquelle s'est arrêté M. Senator : la maladie de Friedreich, considérée dans ses traits cliniques essentiels, dépend d'une atrophie congénitale du cervelet, le plus souvent en rapport avec une prédisposition familiale, qui vraisemblablement s'accompagne d'une atrophie similaire de la moelle (y compris la moelle allongée.)

On sait que ces anomalies congénitales de développement des organes, du système nerveux notamment, constituent une prédisposition aux altérations inflammatoires et dégénératives. Il est donc vraisemblable qu'étant donnée la longue durée de la maladie de Friedreich, celle-ci se complique à un moment donné d'altérations secondaires, de la moelle entre autres. Ces altérations sont de nature à rendre compte des symptômes accidentels qu'on rencontre avec une fréquence variable dans le cours de la maladie en question. On conçoit aussi que dans la moelle, les lésions dégénératives présentent une certaine régularité, étant données les relations anatomiques et fonctionnelles qui existent entre le cervelet et certains faisceaux de la moelle. C'est ainsi que Luciani. (*Il Cervelletto*, Firenze, 1891, p. 27) a constaté que chez les animaux, la destruction du cervelet entraîne comme suites constantes la dégénérescence de certains faisceaux de la moelle, notamment la dégénérescence d'un certain nombre de fibres des faisceaux pyramidaux et des faisceaux cérébelleux latéraux. Or la dégénérescence de ces faisceaux est considérée comme une lésion constante de la maladie de Friedreich.

E. Ricklin.

BIBLIOGRAPHIE

Petit manuel d'antisepsie et d'asepsie chirurgicales, par MM. Terrier et Péraire. (Félix Alcan, éditeur.)

MM. Terrier et Péraire dans la 7e édition du *Manuel de petite chirurgie de Jamain*, ont consacré plusieurs chapitres à *l'antisepsie et l'asepsie chirurgicales*. Mais ils n'ont indiqué que les applications des méthodes nouvelles aux opérations de petite chirurgie. Dans le *Petit manuel d'antisepsie et d'asepsie chirurgicales* que les mêmes auteurs publient aujourd'hui, ils fournissent les indications les plus précises pour toutes les opérations qui peuvent se présenter dans la pratique chirurgicale usuelle, en écartant de leurs descriptions toute digression théorique. Ces indications sont d'ailleurs, la plupart, appuyées sur des expériences personnelles, poursuivies notamment dans le service chirurgical de l'hôpital Bichat, où M. F. Terrier applique avec la plus grande rigueur les procédés antiseptiques et aseptiques.

L'ouvrage est divisé en quatre parties : dans la première sont décrites la méthode antiseptique telle que l'a formulée Lister, ainsi que les modifications apportées à cette méthode par différents chirurgiens ; la seconde partie est consacrée à l'asepsie ; la troisième traite de la méthode mixte avec toutes les simplifications qu'elle comporte ; enfin la quatrième partie renferme l'application des principes antiseptiques et aseptiques à chaque région en particulier.

L'ouvrage forme un volume de 190 pages orné de 70 gravures dans le texte, sous un élégant cartonnage anglais.

BULLETIN

Sur le traitement du tétanos traumatique. — Du réveil de certaines affections chirurgicales latentes. — Lésions anatomiques des gastrites et nature des dyspepsies.

La question du traitement chirurgical du tétanos a fait sa réapparition à la tribune académique, avec un rapport de M. Berger concernant trois cas dans lesquels la guérison paraît avoir été le fruit d'une intervention locale énergique. Dans un de ces cas on a dû pratiquer l'amputation du membre, dans les deux autres on s'est contenté d'une désinfection locale et d'une antisepsie minutieuse. Le savant rapporteur a profité de l'occasion pour discuter la valeur respective de ces deux ordres de moyens, et il a donné son approbation à chacun d'eux, mais toutefois sans formuler de conclusion ferme touchant la supériorité de l'une ou de l'autre. Cependant il a essayé de préciser les indications qui peuvent, éventuellement, servir à décider le choix et le mode de l'intervention.

Incontestablement, les notions récemment acquises concernant la nature du tétanos autorisent et même commandent vis-à-vis de lui l'emploi des pratiques de l'antisepsie. On devra donc, dans tous les cas sans exception, recourir à celle-ci, sous la forme la plus rigoureuse et la plus sévère, et assurer au moyen des ressources dont elle dispose, la désinfection des foyers locaux où, suivant toute probabilité, s'élabore le poison qui va ultérieurement exercer son action élective sur les différentes parties du système nerveux. Mais cette pratique peut-elle suffire dans tous les cas de tétanos d'ordre chirurgical ? Évidemment non, et M. Berger nous le dit nettement, car il veut que l'on aille plus loin, que l'on supprime quelques-unes des parties du foyer traumatique, et même que l'on essaye au besoin d'éradication de celui-ci. Et encore ce n'est là souvent qu'une demi-mesure, et l'éradication elle même, si complète qu'on le suppose, n'est qu'un pas dans la voie plus radicale qui conduit à l'amputation du membre blessé.

Cette dernière opération devra donc être considérée comme la ressource suprême, comme *l'ultima ratio* du traitement du tétanos. Cela veut-il dire qu'on devra la réserver pour le dernier moment, et la pratiquer seulement dans le cas où les autres moyens, désinfection locale, excision des parties contuses, injections antixotiques, auront définitivement échoué? Nullement, et il serait même préférable qu'elle fût pratiquée de bonne heure, c'est-à-dire au moment où la pénétration du poison tétanogène dans l'organisme n'a pas réalisé encore la dose mortelle. Toute la question est de savoir choisir ce moment. Il y a peut-être là une difficulté insoluble, mais on pourra la tourner en pratiquant l'amputation de bonne heure, suivant un précepte qui est positivement inscrit dans la conclusion finale du rapport de M. Berger.

Cette conclusion ne paraîtra-t-elle pas un peu absolue, excessive ? Car si on l'adopte entièrement, cette adhésion entraîne du même coup l'acceptation définitive de la théorie infectieuse appliquée à l'étiologie du tétanos ; elle suppose désormais prouvée l'origine locale et virulente des accidents qui caractérisent cette redoutable complication des plaies. N'est-ce pas aller un peu loin, et doit-on adopter une proposition aussi radicale ? Ne serait-il pas préférable de formuler ici des réserves, et en ce qui concerne particulièrement l'opportunité de l'amputation, ne vaut-il pas mieux ajourner toute conclusion définitive jusqu'à ce que la théorie infectieuse ait été élevée au rang de certitude scientifique ? Les faits et les expériences sur lesquels cette théorie a été édifiée ne paraissent encore ni assez nombreux, ni suffisamment démonstratifs.

— On sait avec quelle persévérance, M. le professeur Verneuil poursuit ses recherches concernant les rapports du traumatisme avec les maladies générales, et avec les états constitutionnels, en particulier ceux que l'on a désignés sous le nom de *diathèses*. Cette persévérance dans une voie géné-

ralement délaissée, et quelque peu aride, nous a déjà valu des travaux remarquables et a fourni matière, de la part de l'auteur, à des vues neuves et originales. Nous l'avons vu revenir encore sur ce sujet devant l'Académie des sciences, à propos de certains faits qui viennent confirmer ses précédentes communications. Il s'agit du réveil de certaines affections latentes d'origine traumatique, après une longue période de guérison apparente. Un spécimen de ce genre d'accidents nous est fourni par les symptômes d'ordre inflammatoire et douloureux, souvent fort graves, qui surviennent à la suite des plaies anciennes et des fractures par armes à feu. Ces phénomènes, qui peuvent éclater plusieurs mois ou même plusieurs années après la guérison du traumatisme, ont été imputés à un réveil de l'activité microbienne, c'est-à-dire à une recrudescence du pouvoir pathogène des éléments infectieux inclus dans la cicatrice et restés à l'état latent. Or, M. Verneuil pense que cette recrudescence, que cette sorte de résurrection posthume des microbes sont dues à l'intervention intercurrente de causes actives qui seraient, par ordre d'importance : d'une part, un traumatisme nouveau, surajouté après coup à l'ancien, d'autre part, l'intervention tout accidentelle d'une maladie infectieuse intercurrente (influenza, grippe). Et ce ne serait pas là une simple vue de l'esprit, au dire de M. Verneuil, mais une notion justifiée par l'examen attentif et impartial des fait cliniques.

Nous devons nous contenter d'enregistrer cette conclusion de l'éminent chirurgien, en prenant note de sa théorie qui offre incontestablement un côté original et profond. Nous nous bornerons à faire remarquer, pour l'instant, qu'elle ne comporte guère d'applications pratiques, en dehors de précautions prophylactiques un peu vagues et illusoires, ce qui affaiblit nécessairement l'intérêt qu'elle mérite au point de vue abstrait de la physiologie pathologique.

— On sait combien la question des dyspepsies est encore peu avancée, malgré tous les travaux dont elle a fourni le sujet. En fait, cette classe de maladies représente un des chapitres des plus obscurs de la pathologie médicale, sinon le plus obscur. On peut imputer notre ignorance relative dans ce domaine à l'insuffisance des notions relatives aux altérations qui forment le substratum anatomique des gastrites, puis à ce que les formes cliniques par lesquelles ces altérations se traduisent sont excessivement variées et complexes. Le très important mémoire que M. Hayem vient de lire à la Société médicale des hôpitaux nous paraît constituer un pas décisif dans cette voie. Notre collègue a reconnu, à la suite de ses nombreuses recherches, que les altérations des glandes à pepsine sont extrêmement fréquentes, au point qu'il est difficile de rencontrer un estomac absolument sain, normal, indemne de toute lésion. De cette constatation il a tiré une conclusion d'importance majeure : à savoir, qu'il n'y a pas de dyspepsie sans lésion, ou pour mieux dire sans gastrite. Cette proposition radicale entraîne forcément la radiation de nombre d'états dyspeptiques considérés jusqu'à ce jour comme purement fonctionnels. La dyspepsie *nerveuse*, en particulier, devrait disparaître du cadre nosologique. De même cette forme de dyspepsie que l'on a désigné sous le nom d'*hyperchlorhydrie*, et qui est caractérisée cliniquement par une sécrétion surabondante et une acidité excessive du suc gastrique. Une conclusion aussi absolue devait susciter des contradicteurs. M. A. Mathieu, bien connu par ses travaux sur le même sujet, estime que les altérations de la muqueuse gastrique n'ont pas la valeur qu'on leur a attribuée : qu'elles ne sauraient suffire à expliquer certaines particularités, telles que l'apparition brusque de l'hyperchlorhydrie, si souvent notée à la suite des grandes émotions morales, des revers de fortune, etc. On doit ici invoquer une action prédominante du système nerveux, seule capable d'expliquer ces manifestations subites, apparaissant chez des sujets jusque-là indemnes de troubles gastriques. Et puis on ne sait si les altérations glandulaires ne sont pas elles-mêmes consécutives à l'hyperchlorhydrie. Cette dernière interprétation paraît de tous points applicable à la pathogénie de l'ulcère rond, sur l'origine duquel on a tant discuté. Il y aurait donc des gastrites consécutives à la dyspepsie, contrairement à l'opinion de M. Hayem, qui veut que toute dyspepsie soit précédée d'une gastrite. Cause ou effet, tel est le dilemne auquel la question se trouve finalement ramenée. Si simple qu'elle puisse paraître, cette question est loin d'être facile à résoudre, et ce ne sera pas demain que les pathologistes se mettront d'accord sur une difficulté qui les divise, on peut le dire, dès les premiers temps de la médecine.

P. Muselier.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

A propos d'un jugement ayant trait à une réclamation d'honoraires, nous trouvons dans la *France Médicale* le compte rendu ci-dessous :

« Le Dr Genesteix fut en 1889, appelé en consultation par le Dr Salles, auprès de Mme U..., habitant la banlieue de Paris, et qui, depuis plusieurs jours, se trouvait en travail. L'accouchement ne se terminant pas, le cas était particulièrement difficile. Une intervention fût jugée nécessaire, pratiquée, et le résultat en fut des plus heureux pour la mère et l'enfant. Près d'un an après, le Dr Genesteix, qui n'avait pas été soldé, fit présenter sa note d'honoraires, s'élevant à 250 francs. Sur ce, M. U... fit *offres réelles par huissier* d'une somme de 50 fr. Refus du confrère, bien entendu. Après plaidoirie, le tribunal (7e chambre), à la date du 20 décembre 1892, vient de rendre le jugement suivant :

« Attendu que, suivant exploit de Rozier, huissier, du « 14 mars 1890, Genesteix a formé contre U... une demande « en paiement de 250 francs pour honoraires à raison du con- « cours qu'il a donné au Dr Salles, lors de l'accouchement de « la dame U...

« Attendu que U... ne conteste pas devoir des honoraires à « Genesteix, mais soutient que la somme réclamée est exagé- « rée, qu'il a, suivant exploit de Dupuy, huissier, du 7 fé- « vrier 1890, fait offre de 50 francs ; que ces offres ayant été « refusées, il en a déposé le montant à la caisse des dépôts et « consignations et à formé une demande en validité des dites « offres ;

« Attendu que pour apprécier le quantum des honoraires « dus à un médecin, il convient de tenir compte tout à la fois « de la situation scientifique de celui qui a fourni les soins, « de la position de fortune du client, ainsi que du service « rendu ;

« Qu'en tenant compte de ces différents éléments, le tribu- « nal est en mesure d'évaluer à 250 francs la somme due par « le défendeur au demandeur ;

« Qne, dès lors, les offres de U... doivent être déclarées « nulles comme insuffisantes ;

« Par ces motifs, condamne U... à payer à Genesteix la « la somme de 250 francs avec les intértês tels que de droit ;

« Déclare U... mal fondé en sa demande en validité d'offres « réelles, lesquelles sont nulles comme insuffisantes ;

« Et condamne U... aux dépens. »

MÉDECINE PRATIQUE

Pieds gelés.

M. W. S. CLINE recommande la formule suivante dans les cas de pieds gelés.

Acide phénique..	4 grammes.
Teinture d'iode..	8 —
Tannin.........	30 —
Onguent simple.	120 —

Appliquer deux fois par jour.

Erysipèle.

Onguent d'oxyde de zinc.	60 grammes.
Calomel..............	8 —

Faire des applications de cet onguent sur les parties atteintes et autour d'elles.

(*Prof. Keen.*)

Icthyol... }
Lanoline. } ââ 15 grammes.

Oindre les parti s malades et les recouvrir ensuite de gaze préparée à l'acide salicylique.

(*Poplar Med. Monthly.*)

Croup.

Le prof. N. S. DAVIS dit que toutes les indications pour le traitement du croup, dans les formes bénignes ou superficielles de la maladie, peuvent être remplies par la préparation suivante :

Sirop d'ipéca........	36 grammes.
Sirop de scille composé......	6 —
Teinture d'opium composée..	60 —

Prendre nne demi-cuillerée à café toutes les trois ou quatre heures.

(*Indiana medical Journal.*)

Cystite.

Le prof. BANGS traite avec succès les cas de cystite par les lavages de la vessie avec une solution boro-salicylique et par l'injection deux fois par jour de 4 à 8 grammes de la solution suivante :

Iodoforme........	8 grammes.
Glycérine............... }	ââ 15 —
Mucilage de gomme...... }	
Eau, quant suffis. pour..	240 —

(*Med. and Surg. Reporter.*)

Toux spasmodique.

Acide cyanhydrique dilné..	6 grammes.
Acétate de morphine.......	0,10 centig.
Mucilage de gomme..	30 grammes.
Sirop de prunes...........	120 —
Eau, qnant. snffis. pour...	180 —

Une cuillerée à thé toutes les quatre ou six heures.

(*The Practitioner.*)

Laxatif tonique.

M. CLINTON CUSHING, dans sa clinique gynécologique, emploie fréquemment la formule suivante :

Extrait de cascara sagrada....	30 grammes.
Extrait de noix vomique......	4 —
Extrait d'hyosciamure.	4 —
Huile d'anis...	XV gouttes.

Prendre une petite cuillerée à thé en se mettant au lit.

(*Occid. Med. Times.*)

Dysménorrhée névralgique.

Extrait d'opium...... }
Extrait de belladone.. } ââ 0,03 cent.
Sulfate de quinine.... 0,75 —

Pour 25 pilules. En prendre une toutes les trois heures.

(PARVIN, *Med. World*, in *Clinical Journ.*, 19 avril 1893.)

Blennorrhagie.

Campho-phénique.	de 2 à 4 grammes
Iodoforme........	0,05 cent.
Alboléne.........	60 grammes

Pour injections uréthrales.

(*Med. Record*, 1er avril 1893.)

VARIÉTÉS

HAMBURG FIN-DE-SIÈCLE. — QUARANTINE.

Nous lisons, dans la *Revue d'hygiène et de police sanitaire*, la critique suivante sous la signature de M. E. Vallin, d'un article paru dans le *British medical journal*. Nous rapportons *in-extenso* cette critique.

Le *British medical journal* publie sous ce titre humoristique une critique fort vive de la quarantaine qui continue à se faire jusqu'à ce moment à Hambourg ! Pour éviter la ruine de son important commerce avec le monde entier, et pour donner toute garantie contre les chances d'importation du choléra qui a sévi si cruellement dans ce port l'année dernière, on a établi une quarantaine, non pas contre les personnes et les marchandises qui voudraient pénétrer du dehors à Hambourg, mais bien une quarantaine préventive au départ de ce port afin de garantir les pays de destination de toute chance d'importation du choléra.

Toute personne venant de Russie ou d'Allemagne pour s'embarquer à Hambourg à destination d'un port des États-Unis est soumise à terre à une quarantaine rigoureuse de six jours ; les armateurs ont pensé que c'était le seul moyen de conserver la clientèle d'émigrants qu'ils ont monopolisée depuis tant d'années. Voici comment on procède. Le nombre des personnes ainsi retenues en même temps dans les casernes quarantenaires à Hambourg varie entre 1.000 et 2.000. Dès qu'un train d'émigrants arrive, ces derniers sont conduits et emprisonnés à ces casernes par les agents de police, qui prennent pour eux leur billet de passage pour l'Amérique ; ces émigrants sont parfois forcés d'attendre là pendant dix ou quinze jours qu'un navire soit prêt à les prendre. Les casernes quarantenaires consistent en trois bâtiments séparés par des cours : l'un sert de dortoir, le second de réfectoire, le dernier de cuisine. Le dortoir est garni de deux lits superposés, chacun de deux places, comme dans les casemates de nos forts. Le sol des dortoirs n'est ni lavé ni nettoyé ; les cours ne sont

pas pavées; on y accumule tous les débris et les boues des réfectoires et des dortoirs; les garnitures de lits sont sordides, dit le journal anglais, la nourriture est insuffisante et détestable. Chaque émigrant paye pour cela un marc (1 fr. 25) par jour pendant les six premiers jours, un demi-marc pour chacun des jours suivants.

Le *British medical journal*, que le nom seul de quarantaine horripile, trouve odieuse et abominable une incarcération plus sévère que dans aucune prison de Grande Bretagne et sans doute de l'Allemagne; il déclare que c'est un traitement indigne d'un pays civilisé. Nous reconnaissons avec lui qu'une telle promiscuité dans la saleté est déplorable et coupable; il ne faut pas oublier cependant qu'il s'agit d'émigrants que la misère et le dénuement poussent à s'expatrier; il se pourrait que le spectacle de la vie en commun de 1.000 à 2.000 émigrants dans les entreponts d'un transport anglais ne fût pas beaucoup plus édifiant. Le journal anglais ne peut s'empêcher de reconnaître que cette quarantaine préventive au départ, à terre, dans des casernes ou baraques, est plus facile et moins coûteuse qu'une quarantaine sur un navire dont le prix de journée est énorme. C'est donc moins contre le principe de la quarantaine préventive qu'il proteste, que contre la manière dont celle-ci est pratiquée.

Le principe en effet a de sérieux avantages; on en a fait une heureuse expérience dans l'armée française en créant des camps sanitaires au bord de la mer, sur une plage isolée, soit au retour des troupes de Crimée en 1856, soit lors du rapatriement des troupes du Tonkin en ces dernières années. Il s'agissait avant tout de ne pas embarquer à bord un malade ou un suspect, capable d'introduire sur le navire et de là en France les germes du choléra. Le navire purifié, désinfecté, restait pendant huit jours et plus en rade, sans aucune communication avec la côte: la santé parfaite de l'équipage était pendant ce temps le réactif et la preuve de sa salubrité. De même les 500 ou 1.000 hommes à rapatrier vivaient dans un camp sous la tente, balayés par le vent de mer, faisant des ablutions, de l'hydrothérapie, lavant et purifiant leurs effets: toute indisposition suspecte entraînait l'expulsion immédiate; on pouvait donc affirmer qu'en quittant la plage pour s'embarquer dans les chaloupes, aucun de ces hommes bien portants n'introduirait à bord un germe de maladie transmissible.

Les excellents résultats obtenus en 1886 et en 1887 par nos transports militaires de l'Extrême-Orient ont été mis en évidence par M. Gibert au Congrès de police sanitaire maritime du Havre en août 1887 (*Revue d'hygiène*, 1887, p. 669), et la ville de Hambourg en suivant cet exemple nous paraît avoir agi sagement dans l'intérêt de son commerce et de la santé internationale.

NOTES ET INFORMATIONS

Congrès international de médecine de Rome. — Les présidents des 15 sections du Congrès seront MM.: 1° anatomie, Todaro (Rome); physiologie, Moleschott (Rome); pathologie générale et anatomie pathologique, Bizzozero (Turin); pharmacologie, Semmola (Naples); médecine interne, Baccelli (Rome); chirurgie, Durante (Rome); accouchements, Pasquale (Rome); laryngologie, Massei (Naples); otologie, de Rossi (Rome); ophthalmologie, Raymond (Turin); médecine et chirurgie d'armée, Baroffio (Rome); dermatologie, de Amicis (Naples); médecine légale, de Crecchio (Naples); odontologie Couilliaux (Milan).

Exposition de Chicago. — Par arrêté ministériel en date du 10 avril 1893, sont délégués en qualité de membres français du jury international des récompenses à l'exposition de Chicago:

Section H. — M. Louis Adrian, fabricant de produits chimiques, et M. Haller, membre correspondant de l'Institut.

Section L. — M. le Dr Marcel Baudoin et M. Mathieu, fabricant d'instruments de chirurgie.

— Sous la présidence de M. le Dr Brouardel, l'Association polytechnique vient de fonder un comité dans le but d'élever au Père-Lachaise un monument commémoratif à Henri de Lapommeraye. Il fut, comme on le sait, le protecteur de l'œuvre et le plus vaillant propagateur de l'instruction populaire. Adresser les souscriptions, 16, rue de l'Ecole-de-Médecine, où M. Delahousse, trésorier de l'Association, est chargé de les recueillir.

L'épidémie de Lille. — En présence du caractère inquiétant que prend l'épidémie de typhus de Lille, le ministre de l'Intérieur vient de charger le Dr Chantemesse, inspecteur général adjoint des services sanitaires, de se rendre dans cette ville pour y prendre, d'accord avec l'autorité municipale, toutes les mesures que comporte la situation.

Le Dr Chantemesse est parti mercredi soir pour accomplir la mission qui lui a été confiée.

NOUVELLES

Nécrologie. — MM. les Drs: Troisier (de Reims); — Kœhler (de Nancy); — Ch. de Villiers (de Paris); — Mouronval (d'Avesnes); — Hosteing (de Pauillac); — Morlot (de Dijon); — Humbert (d'Aix-les-Bains); — Levasseur (de Rouen); — Gras (de Landerneau); — Courreguelongue (de Bazas); — Normand (de Thourotte, Oise); — Védrine (de Versailles).

Facultés et Écoles des départements. — *École de médecine de Limoges.* — Par arrêté du 27 avril, un concours s'ouvrira le 6 novembre 1893, à cette école, pour l'emploi de chef des travaux anatomiques et physiologiques. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture du dit concours.

École de médecine d'Alger. — Le concours qui devait s'ouvrir le 3 juillet prochain, à la Faculté de médecine de Montpellier, pour un emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicale à l'École d'Alger, est reporté au 25 du même mois.

Faculté de médecine et de pharmacie de Lille. — Par arrêté du 12 mai, M. Arnould, professeur d'hygiène à la Faculté de Lille, membre du Conseil général des Facultés, est nommé assesseur du doyen.

École de médecine et de pharmacie de Grenoble. — M. Pégoud (Albert-Marie-François-Joseph), docteur en médecine, est nommé professeur de pathologie interne.

Médecins de lycées. — Par arrêté du 9 mai, sont nommés: *médecin du lycée de Nancy*: M. Rohmer, médecin adjoint; *médecin adjoint*: M. Parisot.

Corps de santé de la marine. — Par décret en date du 12 mai ont été promus: *au grade de médecin de 1re classe*, MM. Casanova (Jean-Toussaint); Aubry (Charles-Paul); Duprat (Paul-Emile-Hippolyte), Percheron (Louis-Marie-Adolphe); Barthélemy (Marius-Pascal-Prosper-Jules); Roby (Joseph-François-Emmanuel); médecins de 2e classe.

Congrès pour l'étude de la tuberculose chez l'homme et chez les

animaux. — Le troisième congrès aura lieu à Paris du 27 juillet au 2 août, sous la présidence de M. le professeur Verneuil.

Muséum d'histoire naturelle. — Par arrêté en date du 4 mai 1893, la chaire de physiologie générale au Muséum d'histoire naturelle est déclarée vacante. Un délai de vingt jours, à dater de la publication du présent arrêté, est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

Comité consultatif d'hygiène de France. — MM. les Drs Girode Deschamps et Wurtz, et M. Fleury-Ravarin, auditeurs au Conseil d'État, sont nommés éditeurs pour trois années.

— En exécution de l'arrêté ministériel du 15 mai 1885, un concours pour une place de CHEF DE CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE s'ouvrira à la Faculté de médecine de Nancy le lundi 29 mai 1893. La durée des fonctions est de TROIS ANNÉES et le traitement, de 1.000 francs. Sont admis à concourir, les Docteurs en médecine français non pourvus du titre d'agrégé et les Etudiants en médecine ayant passé leurs cinq examens de doctorat, A LA CONDITION D'ÊTRE REÇUS DOCTEUR DANS LES SIX MOIS. La place de chef de clinique est incompatible avec celle de chef des travaux, de préparateur et d'aide dans les différents laboratoires. Les épreuves sont au nombre de trois : une question écrite sur un sujet de pathologie oculaire, une leçon clinique d'une durée d'une demi-heure au plus et une épreuve pratique déterminée par le Jury. Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté de médecine de Nancy avant le vendredi 6 mai à 4 heures. Ils auront à produire leur acte de naissance et leur diplôme de docteur ou un certificat constatant qu'ils ont subi la 2e partie du cinquième doctorat.

— M. Follet, ancien doyen de la Faculté de médecine de Lille, est nommé doyen honoraire.

— M. Pillon est nommé jusqu'à la fin de l'année 1892-1893, chef des travaux du laboratoire d'hygiène à la Faculté de médecine de Nancy en remplacement de M. Breul, démissionnaire.

— A la Faculté de médecine et de pharmacie de Toulouse, M. Daunic, docteur en médecine, est désigné pour remplir, pendant une période de trois ans, les fonctions de chef des travaux d'anatomie pathologique et histologie en remplacement de M. Morel appelé à d'autres fonctions.

— M. le Médecin-Inspecteur Valin, qui commandait à l'Ecole de service de santé militaire de Lyon, est nommé Directeur du service de santé du gouvernement militaire de Paris en remplacement de M. Baudoin, nommé à d'autres fonctions.

M. Kelsch, sous directeur de l'Ecole d'application de médecin et pharmacien militaires et médecin-chef au Val-de-Grâce, est désigné pour succéder à M. Valin dans ses fonctions de Directeur de l'Ecole du service de santé de Lyon.

Missions. — Par arrêté du 13 mai, M. Léon Diguet, chimiste, ancien élève du Muséum est chargé d'une mission au Mexique, à l'effet d'explorer la Basse-Californie au point de vue de l'histoire naturelle et de l'ethnographie et d'y recueillir des collections destinées aux établissements de l'État.

— Par arrêté du 17 mai, M. le Dr Sauton, ancien interne des asiles de la Seine, est chargé d'une mission en Norwège, Laponie, Finlande, Turquie, Asie Mineure, Égypte, Grèce et Italie, à l'effet d'y étudier la lèpre, au point de vue histologique et scientifique.

Amérique. — M. S. Langley vient de transmettre à l'Académie des sciences, au nom de la *Smithsonian Institution*, la liste ci-dessous des prix provenant de la fondation Hodgkins et mis au concours par cette institution ;

1° Un prix de DIX MILLE DOLLARS (50.000 francs) à un travail renfermant d'importantes découvertes sur l'air atmosphérique, sa nature, ses propriétés et ses rapports avec les diverses sciences.

2° Un prix de DEUX MILLE DOLLARS (10.000 francs) à l'essai le plus satisfaisant sur les propriétés et les applications déjà connues de l'air atmosphérique et sur la direction à donner à des recherches devant étendre nos connaissances.

3° Un prix de MILLE DOLLARS (50.000 francs) au meilleur traité populaire sur l'air atmosphérique et ses rapports avec l'hygiène.

4° Une médaille d'or, dite MÉDAILLE HOGGKINS DE LA SMITHSONIAN INSTITUTION, décernée en outre tous les ans ou tous les deux ans pour d'importantes contributions à nos connaissances sur l'air atmosphérique ou à ses applications.

Les mémoires pourront être rédigés en anglais, français, allemand ou italien et devront être envoyés avant le 31 décembre 1894 pour le prix de 10.000 dollars et avant le 1er juillet 1894 pour les autres prix.

Enseignement populaire supérieur. (Subventionné par la Ville de Paris.) — *Cours d'hygiène sociale*. Professeur : M. le Dr A.-J. MARTIN. La conférence pratique du dimanche 28 mai 1893 aura lieu aux Écoles municipales de la rue Saint-Lambert (XVe arrondissement), à 9 h. 1/2 très précises du matin.

— MM. les docteurs Legueu, Hallé et Chabrié commenceront le 5 juin à 5 heures et demie, à l'hôpital Necker, un cours complémentaire sur la clinique, la médecine opératoire, la bactériologie, l'histologie normale et pathologique et la chimie des voies urinaires. Le nombre des élèves étant limité, on est prié de se faire inscrire d'avance pour l'un ou l'autre de ces cours, à la clinique de Necker.

— A l'hôpital Ricord, M. le Dr Ch. Mauriac a repris le samedi 6 mai à 9 heures et demie du matin, pour les continuer les samedis suivants à la même heure, ses leçons sur les maladies vénériennes.

— A l'hôpital international, 9 et 11 rue de la Santé, M. le Dr Bilhaut a commencé le 8 mai ses leçons sur la chirurgie des enfants et l'orthopédie et les continuera les vendredis et lundis suivants à 4 heures.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon, Paris.

Nouveaux éléments de physiologie, par Paul LANGLOIS, chef du Laboratoire de physiologie à la Faculté de médecine de Paris, et Henry de VARIGNY, Dr ès sciences. — Un volume in 18 cartonné diamant de 945 pages, avec 153 figures dans le texte. — Prix : 10 francs.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU 14 AU 20 MAI 1893

Fièvre typh., 7.—Typhus, 2.—Variole, 1.—Rougeole, 19.—Scarlatine, 5.—Coqueluche, 22.—Diphtérie, croup, 23.—Grippe, 18.—Affections cholériformes, 0. — Phtisie pulmonaire, 194. — Méningite tuberculeuse, 22. — Autres tuberculoses, 9. — Tumeurs cancéreuses et autres, 56. — Méningite, 20 — Congestion et hémorrhagie cérébrale, 32 — Paralysie, 8. — Ramollissement cérébral, 11. — Maladies organiques du cœur, 58. — Bronchite aiguë et chronique, 55. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 125. — Autres affections de l'appareil respiratoire, 47. — Gastro-entérite des enfants ; sein, biberon et autres, 42. — Fièvre et péritonite puerpérales, 7. — Autres affections puerpérales, 1. — Débilité congénitale, 33. — Sénilité, 38. — Suicides, 16. — Autres morts violentes, 11. — Autres causes de mort, 146. — Causes inconnues, 7. — Total : 1032.

Le Rédacteur en chef et gérant : F. DE RANSE.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame. — *Téléphone.*

64e Année. 8e Série. Tome II N° 22 3 Juin 1893

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Rédacteur en chef : M. le Dr F. DE RANSE

Comité de Rédaction : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN
J. ARNOULD (de Lille), P. FABRE (de Commentry), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon)

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, avenue Montaigne (Rond-Point des Champs-Élysées)

PATHOLOGIE MÉDICALE

LA PEPSINE ET LE FERMENT LAB; L'APPRÉCIATION DU POUVOIR DIGESTIF DU LIQUIDE GASTRIQUE, LES DIGESTIONS ARTIFICIELLES (1),

Par M. le Dr Bouveret,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon.

Le suc gastrique contient deux ferments auxquels il doit son activité digestive, la pepsine et le ferment lab ou ferment de la présure. La quantité et la qualité de ces ferments peuvent être modifiées dans les cas pathologiques. Il est d'un grand intérêt de connaître ces modifications. Il est vrai que, pour ce genre de recherches, nous n'avons pas des méthodes bien rigoureuses.

La propepsine, la pepsine, les digestions artificielles. — La pepsine est sécrétée dans les glandes gastriques, probablement par les cellules principales, à l'état de substance pepsinogène, propepsine de M. Schiff, qui ne possède pas encore la propriété de digérer l'albumine. Cette propriété lui est communiquée par les acides, surtout par l'acide chlorhydrique, lequel paraît être de tous les acides celui qui, de la substance pepsinogène, sépare le plus rapidement et le plus complètement le ferment actif, c'est-à-dire la pepsine. Il est rare que la propepsine fasse entièrement défaut, même dans les cas de lésions étendues et graves de l'estomac, et les variations de l'activité des liquides gastriques pathologiques dépendent davantage des variations de l'élément acide. On admet généralement qu'une proportion d'acide chlorhydrique de 2,5 p. 1.000 est celle qui favorise le plus l'action de la pepsine sur l'albumine; en d'autres termes, c'est cette solution d'acide chlorhydrique qui, d'une certaine quantité de propepsine, paraît séparer la plus grande quantité de pepsine. Les liquides gastriques très riches en acide chlorhydrique ne sont pas toujours ceux qui digèrent le mieux. — M. Langley a découvert un moyen de distinguer la substance pepsinogène de la pepsine; le carbonate de soude détruit ce ferment, tandis qu'il est sans action sur la propepsine. Dans la muqueuse stomacale d'un animal récemment tué, du porc par exemple, il y a tout à la fois de la propepsine et de la pepsine qu'on peut séparer par des dissolvants appropriés; en traitant la muqueuse par l'eau, on en extrait les deux substances; la glycérine ne dissout que la pepsine.

Dans les liquides gastriques, on se contente le plus souvent de déterminer la présence de la pepsine et d'en estimer approximativement le degré d'activité. On distingue deux cas : 1° le liquide contient de l'acide chlorhydrique libre; 2° le liquide est dépourvu d'acide chlorhydrique libre.

1° *Le liquide gastrique contient de l'acide chlorhydrique libre. — La digestion artificielle.* — La pepsine accompagne toujours l'acide chlorhydrique. Elle peut être cependant plus ou moins active, et le moyen le plus simple d'apprécier cette activité consiste à soumettre le liquide gastrique filtré à l'épreuve de la digestion artificielle.

Il est bon de faire constamment usage de la même quantité de liquide gastrique, 10 à 20 centimètres cubes par exemple. On y ajoute, comme substance albuminoïde à digérer, du blanc d'œuf cuit, de la fibrine ou de l'albumine du sérum. Le blanc d'œuf est généralement préféré, car il est plus facile de se le procurer. On en prépare de petits cubes d'un poids égal, 5 centigrammes par exemple, ou bien de petits disques taillés avec le couteau à double lame, de façon qu'ils présentent tous la même épaisseur. Ces fragments de blanc d'œuf cuit, cubes ou disques, sont conservés dans de la glycérine. Au moment de s'en servir, on les lave dans un peu d'eau distillée. Au contact de la glycérine, le blanc d'œuf cuit se rétracte encore, mais cette rétraction ne fait point obstacle à l'action de la pepsine. On a conseillé de suspendre le fragment d'albumine, à l'aide d'un fil, au centre du liquide gastrique placé dans un tube à essai. Ainsi préparé, ce tube est porté à l'étuve à 39°. Le blanc d'œuf cuit était opaque; il devient d'abord translucide et cette modification marche de la périphérie vers le centre, puis le fragment se désagrège en petites lamelles qui finissent par se dissoudre entièrement, si bien que, la digestion terminée, le liquide reste limpide.

Il y a d'autant plus de pepsine, ou ce ferment est d'autant plus actif, qu'un temps moins long est nécessaire pour la dissolution complète de l'albumine. Cette conclusion n'est cependant plus rigoureusement exacte. En effet, il faudrait tenir compte aussi de la proportion variable d'acide chlorhydrique libre dans le liquide examiné. La dissolution d'un poids donné d'albumine exige une certaine quantité d'acide chlorhydrique libre. — Pour diminuer cette cause d'erreur, on prépare trois digestions artificielles dans trois tubes à essai avec la même quantité d'albumine. Le pre-

(1) Extrait d'un *Traité des maladies de l'estomac* actuellement sous presse.

mier tube contient du liquide gastrique pur; le second, du liquide gastrique additionné d'une égale quantité de solution d'acide chlorhydrique à 2 ou 2,5 p. 1.000; le troisième, du liquide gastrique auquel on a ajouté quelques centigrammes de pepsine. Si le premier tube a digéré tout aussi vite que les deux autres, ce résultat signifie que le liquide gastrique renferme une proportion suffisante d'acide chlorhydrique et de pepsine; la digestion est-elle plus rapide dans le second tube, on en conclut que la proportion d'acide chlorhydrique libre était trop faible; c'est la pepsine qui faisait plus ou moins défaut, si la dissolution de l'albumine est plus prompte dans le troisième tube que dans les deux autres. — D'après les recherches de M. Jaworski, il faut trois heures pour digérer, à la température de 40°, un fragment de blanc d'œuf coagulé de 5 centigrammes, placé dans 25 centimètres cubes d'un liquide gastrique de composition normale. Il suffit d'une heure et demie pour digérer le même poids de fibrine, et la dissolution de l'albumine du sérum est encore un peu plus rapide.

La méthode des dilutions. — La méthode des dilutions de M. Brücke permet d'apprécier comparativement la quantité de pepsine contenue dans diverses liquides gastriques. — Voici comment M. Jaworski (1) applique cette méthode. Dans l'estomac à jeun il introduit, à l'aide de la sonde, 200 centimètres cubes d'une solution décinormale d'acide chlorhydrique. On sait que les solutions étendues de cet acide ont la propriété de stimuler la sécrétion des ferments digestifs. Au bout d'une demi-heure, l'estomac est vidé avec la sonde. Le liquide est filtré et l'acidité en est dosée. On en ramène l'acidité à 1.825 p. 1.000, titre d'une solution d'acide normale au vingtième. A une quantité donnée du liquide ainsi préparé on ajoute des quantités de plus en plus fortes de solution normale d'acide chlorhydrique au vingtième, de façon à obtenir une série de dilutions de plus en plus étendues. Ces dilutions sont soumises à l'épreuve de la digestion artificielle avec la même quantité de fibrine ou d'albumine de blanc d'œuf cuit. On arrive ainsi à déterminer quel degré de dilution le suc gastrique est capable de supporter sans perdre la propriété de digérer. En comparant les résultats obtenus avec deux liquides gastriques différents, on établit entre ces deux liquides un rapport au point de vue de l'activité digestive; ainsi il peut arriver que l'un soit deux ou trois fois plus riche que l'autre en pepsine.

M. Boas (2) applique la même méthode d'une façon plus simple, mais peut-être un peu moins exacte, car toutes les dilutions n'ont pas tout à fait le même degré d'acidité. Il prend une série de tubes à essai désignés par des lettres, de A à K. Tous contiendront le même volume total de liquide, soit 10 centimètres cubes, mais une proportion variable de liquide gastrique et de solution décinormale d'acide chlorhydrique. Le tube A renferme 1 centimètre cube de liquide gastrique et 9 centimètres cubes de solution décinormale d'acide chlorhydrique; de A à K la proportion de liquide gastrique diminue d'un dixième de centimètre cube par tube, tandis que la proportion de la solution d'acide chlorhydrique augmente de la même quantité. Tous ces mélanges sont également soumis à l'épreuve de la digestion artificielle, et l'on note à partir de quel tube disparaît le pouvoir digestif. Supposons que, de deux liquides gastriques ainsi traités, l'un ne digère plus à partir de F et l'autre à partir de K; de ce résultat on peut conclure que ces deux liquides sont dans le rapport de 1 à 5 au point de vue de la richesse en pepsine :.

Le liquide gastrique ne contient pas d'acide chlorhydrique libre. — Dans le second des deux cas que nous avons dû distinguer, le liquide gastrique à examiner ne contient pas d'acide chlorhydrique libre; la réaction de Günzburg est négative. — Ce liquide peut être neutre. Il n'est pas impossible que, dans ces conditions, il digère un fragment d'albumine à l'étuve; alors la peptonisation de l'albumine est due, non à la pepsine qui ne digère qu'en milieu acide, mais bien à la présence de suc pancréatique, accidentellement mêlé aux sécrétions de l'estomac. Un suc gastrique neutre, qui ne contient pas de suc pancréatique ne digère pas l'albumine. Un suc gastrique acide, contenant de l'acide chlorhydrique, ne digère pas l'albumine si une partie de cet acide n'est pas à l'état libre. On peut admettre qu'un tel liquide gastrique renferme seulement de la substance pepsinogène que l'addition d'une quantité suffisante d'acide chlorhydrique transformera en pepsine.

Au liquide gastrique à examiner on ajoute donc quelques gouttes d'une solution d'acide chlorhydrique, jusqu'à ce que la phloroglucine-vanilline donne une réaction positive et très nette. Puis la digestion artificielle est pratiquée comme dans le cas précédent. Le plus souvent, on obtient la dissolution du fragment d'albumine ou de fibrine. Il est très rare que la digestion fasse également défaut; dans ce cas, il faudrait conclure que le liquide examiné est dépourvu, non seulement de pepsine, mais aussi de substance pepsinogène.

Par la méthode des dilutions de M. Brücke, on mesure approximativement la quantité de propepsine. A la même dose, 1 centimètre cube du liquide qui ne contient pas d'acide chlorhydrique libre, on ajoute des proportions variables d'eau distillée, de façon à obtenir des dilutions au cinquième, au dixième, au quinzième, etc. On prend 10 centimètres cubes de chaque dilution, on y verse assez d'une solution étendue d'acide chlorhydrique pour obtenir une réaction de Günzburg positive, on ajoute un fragment de fibrine ou de blanc d'œuf cuit, puis on porte à l'étuve à 39°. Le suc gastique examiné contenait d'autant plus de substance pepsinogène, qu'il a pu digérer à un plus fort degré de dilution.

Il y a un grand intérêt à rechercher la présence de la propepsine dans les liquides gastriques dépourvus d'acide chlorhydrique. L'absence complète de cette propepsine est fort rare, mais c'est un signe de grande valeur et qui indique, s'il est constant, la destruction très avancée, sinon tout à fait complète, des glandes de la muqueuse gastrique.

Le labzymogène et le ferment lab. — Nous savons aujourd'hui que la coagulation du lait est due à un ferment spécial, le ferment de la présure, sécrété par les glandes de l'estomac. Reconnu par Payen, ce ferment a été plus complètement étudié par H. Hammarsten (1). Depuis, il est généralement désigné sous le nom de ferment lab ou lab ferment.

Comme la pepsine, le lab procède d'un proenzyme, le

(1) Jaworski. *Munchener medic. Wochenschr.*, 1887.

(2) Boas. *Loc. cit.*, 2e édit., p. 25.

(1) Hammarsten. *Upsala Laek. Forhandl*, 1872.

labzymogène, dont il est séparé par les acides, surtout par l'acide chlorhydrique; en sorte que, dans les liquides gastriques, il y a ordinairement un certain parallélisme entre cet acide et le ferment de la présure. Le labzymogène résiste aux alcalis, qui, même à très faible dose, détruisent le lab. Il suffit d'une minime proportion de lessive de potasse libre pour empêcher le suc gastrique neutre de coaguler le lait. Le chlorure de calcium rend une nouvelle activité au suc gastrique ainsi épuisé par un léger excès d'alcali, très probablement en séparant une nouvelle quantité de lab du labzymogène que l'alcali n'a point détruit. — L'influence du lab sur le lait est indépendante des acides et de la pepsine. Selmi a montré que le lab suffit à produire la coagulation du lait, sans la présence de l'acide lactique, et M. Hammarsten a séparé la pepsine du ferment lab. D'ailleurs, ces deux ferments n'agissent pas exactement dans les mêmes conditions; il faut un milieu acide à la pepsine pour digérer l'albumine, tandis que le lab, actif aussi dans un liquide acide, coagule très bien le lait en un milieu tout à fait neutre. Il est cependant probable que les deux ferments sont sécrétés par les mêmes éléments glandulaires.

Sous l'influence du suc gastrique neutralisé, le lait se coagule en quelques minutes. Il se prend en masse. Le coagulum, d'abord volumineux, se rétracte peu à peu et laisse exsuder le sérum. La rétraction se poursuit et se complète lentement. Le lab passe dans le sérum; en effet, ce sérum est capable de coaguler une nouvelle quantité de lait. La caséine ainsi précipitée est peu soluble dans les acides et les alcalis faibles. La réaction du milieu n'est point modifiée pendant le phénomène de la coagulation; le liquide est resté neutre. La coagulation du lait par les acides ne présente pas les mêmes caractères. La température de 35° à 40° est la plus favorable à l'action du lab. La coagulation du lait ne se produit plus à 20°, à moins cependant que le mélange ne contienne une certaine quantité de chlorure de calcium. M. Hammarsten a montré que la présence de ce sel permet la précipitation de la caséine même à la température ordinaire. A 70° le lab est détruit, mais non le labzymogène. D'après les recherches de M. Hammarsten et celles plus récentes de MM. Artbus et Pagès (1) le lab coagulerait le lait en produisant un dédoublement de la caséine.

Dans les affections de l'estomac, la recherche du ferment lab présente autant d'intérêt que celle de la pepsine. Elle porte sur le lab et le labzymogène; elle est qualitative ou quantitative.

La détermination qualitative. — Il faut distinguer deux cas, suivant que le liquide gastrique examiné contient ou ne contient pas d'acide chlorhydrique libre.

1° Le liquide gastrique renferme de l'acide chlorhydrique libre. On neutralise exactement 10 centimètres cubes de ce liquide, en évitant d'arriver à la réaction alcaline. On y ajoute une égale quantité de lait cru ou bouilli. M. Boas recommande de préférence le lait bouilli; il est privé de germes et la coagulation en est plus lente, ce qui permet de mieux apprécier l'activité du ferment lab. Le mélange est porté à l'étuve à 38°. Au bout de dix à quinze minutes, s'il y a du lab, la coagulation est opérée; le lait est pris en masse et la réaction est restée neutre. — M. Leo a indiqué un procédé bien plus simple et qui peut suffire, du moins s'il donne un résultat positif. A 5 centimètres cubes de lait on ajoute 2 ou 3 gouttes de suc gastrique naturel, non neutralisé. A l'étuve, la coagulation se produit au bout de quelques minutes. On ne peut attribuer ce résultat à la très faible quantité d'acide que représentent 2 ou 3 gouttes de liquide gastrique. D'ailleurs, la coagulation se fait en masse et non en grumeaux, ce qui prouve bien qu'elle est due au ferment et non à l'acide. En raison de la très faible quantité de suc gastrique employé, un résultat négatif ne permettrait pas de conclure à l'absence certaine du ferment lab.

La détermination qualitative du labzymogène n'est pas plus compliquée. 10 centimètres cubes de suc gastrique sont faiblement alcalinisés avec une solution de carbonate de soude. Cette opération détruit le lab, mais elle respecte le labzymogène. On ajoute alors 2 ou 3 centimètres cubes d'une solution de chlorure de calcium au centième, autant de lait qu'il y a de liquide gastrique, puis on porte à l'étuve. Si le labzymogène ne fait pas défaut, le lait se coagule. Plus simplement, on additionne le suc gastrique d'une certaine quantité d'eau de chaux jusqu'à ce qu'on ait obtenu une réaction alcaline. — Au lieu d'un alcalin, on peut se servir de la chaleur à 70° pour détruire le lab, puis l'expérience est achevée comme précédemment; une température de 70° n'altère pas le labzymogène;

2° Le liquide gastrique ne contient pas d'acide chlorhydrique libre. Le lab peut faire défaut mais le labzymogène exister en quantité suffisante. — En pareil cas, on a recours au procédé imaginé par M. Jaworski pour la recherche de la propepsine. Une solution étendue d'acide chlorhydrique est introduite dans l'estomac, y reste une demi-heure, puis est retirée avec la sonde. Dans le liquide ainsi obtenu, on détermine comme précédemment la présence du lab et du labzympoène. — Voici un autre procédé plus simple. On additionne d'acide chlorhydrique le liquide gastrique qui n'en contient pas, jusqu'à ce qu'on obtienne une réaction positive avec la phloroglucine-vanilline. Ce liquide ainsi acidifié est laissé deux ou trois heures à l'étuve à 38°. Si le labzymogène ne fait pas défaut, l'action de l'acide en dégage du ferment lab. Retiré de l'étuve, le liquide est traité comme s'il avait primitivement contenu de l'acide chlorhydrique libre. Si le résultat est encore négatif, on est autorisé à conclure l'absence du labzymogène.

La détermination quantitative. — Les recherches quantitatives du lab et du labzymogène procèdent par comparaison, comme celles de la pepsine et de la propepsine, et ne donnent que des estimations relatives. — D'abord on peut tenir compte des caractères que présente la coagulation. Est-elle très lente et suivie d'une rétraction incomplète, il est probable que la sécrétion du ferment est ralentie. Il vaut mieux avoir recours à la méthode des dilutions.

Pour apprécier la quantité de lab dans un liquide gastrique, qui renferme de l'acide chlorhydrique libre, on opère avec de l'eau distillée une série de dilutions de ce liquide, au dixième, au vingtième, au trentième, etc. On prend 10 centimètres cubes de chaque dilution, on les neutralise exactement, on y ajoute 10 centimètres cubes de lait, puis on place le mélange à l'étuve à 38°. M. Boas a vu que, dans les conditions normales, on obtient encore la coagulation du lait avec une dilution au trentième et même au quarantième.

S'agit-il du labzymogène, on traite le liquide gastrique comme pour la recherche qualitative, puis, avec le liquide

(1) Arthus et Pagès. *Soc. de biologie*, 1890.

ainsi préparé, on fait une série de dilutions, depuis 1 p. 10 jusqu'à 1 p. 150. A l'état normal, la coagulation du lait se produit encore, d'après M. Boas, avec une dilution à 1 p. 100 et même 1 p. 150.

L'importance de la détermination des ferments digestifs. — Récemment, il a été publié un certain nombre de travaux sur la valeur diagnostique et pronostique de la recherche des ferments digestifs dans les liquides gastriques (1). La sécrétion de ces ferments, et surtout celle de la propepsine et du lahzymogène, est moins influencée que la sécrétion de l'acide chlorhydrique par les troubles de la circulation et de l'innervation. Elle est mieux en rapport avec l'état anatomique de l'appareil glandulaire. La détermination quantitative du lab et du lahzymogène est plus simple, plus rapide et plus exacte; elle doit donc être préférée à celle de la propepsine et de la pepsine. Enfin l'étude du lahzymogène a plus de valeur encore que celle du ferment lab. Il semble que, de tous les produits de sécrétion des glandes pepsinifères, le lahzymogène soit le dernier à disparaître. Il ne fait défaut que dans les cas de lésions profondes et irrémédiables de la muqueuse gastrique. La situation est cependant grave encore si la dilution à 1 p. 25 a perdu la propriété de coaguler le lait. Il s'agit alors de catarrhe avancé, de cancer, de dégénérescence amyloïde, etc. Un liquide gastrique dépourvu d'acide chlorhydrique peut contenir une proportion normale de lahzymogène et coaguler le lait en dilution à 1 p. 100 ou 1 p. 150. Un tel résultat, malgré l'absence de l'acide chlorhydrique libre, doit exclure l'hypothèse d'une lésion vraiment grave et incurable de l'estomac. — On voit par là toute l'importance de la détermination quantitative du labzymogène. Elle paraît être un moyen assez sûr de distinguer les troubles secrétoires d'origine nerveuse de ceux que produisent les lésions permanentes et graves des glandes pepsinifères; les premiers portent de préférence sur la sécrétion chlorhydrique, les seconds intéressent aussi la sécrétion des ferments digestifs.

PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE

Recherches bactériologiques sur les oreillons (2),

Par MM. Laveran et Catrin.

Dans une communication faite à la Société de biologie le 28 janvier dernier, nous avons donné les premiers résultats de nos recherches bactériologiques sur les oreillons. Depuis lors nous avons continué ces recherches chez les malades atteints d'oreillons et nous avons étudié sur différents animaux l'action du diplocoque précédemment décrit.

Nous avons trouvé ce diplocoque 67 fois sur 92 chez les malades atteints d'oreillons, dans le sang, dans les exsudats, des parotides, des orchites ourliennes, du tissu conjonctif (œdème ourlien), ou des articulations (arthrites ourliennes).

Les exsudats des tumeurs parotidiennes ont donné 39 fois sur 56 des cultures pures de diplocoques, deux fois des cultures impures, 15 fois le résultat des ensemencements a été négatif.

Les exsudats de l'orchite ourlienne ont donné 12 fois sur 16 des cultures pures de diplocoques, une fois une culture impure, 3 fois le résultat des ensemencements a été négatif.

Le sang des malades atteints d'oreillons avec fièvre a donné 10 fois sur 15 des cultures pures de diplocoques, 5 fois le résultat des ensemencements a été négatif.

Les exudats des œdèmes ourliens sous-cutanés ont donné 3 fois sur 3 des cultures pures de diplocoques.

La sérosité extraite du genou dans deux cas d'arthrite ourlienne a donné dans les deux cas des cultures pures de diplocoques. L'examen direct de ce liquide et de la sérosité de l'œdème ourlien a permis de constater la présence de microcoques et de diplocoques identiques à ceux des cultures.

L'examen du sang des convalescents d'oreillons a révélé chez quelques malades la présence des diplocoques, quinze jours ou trois semaines après guérison apparente des oreillons; après un mois, le sang s'est toujours montré stérile. La persistance des microbes dans le sang et probablement aussi dans les parotides et dans la salive explique pourquoi des malades convalescents d'oreillons peuvent transmettre la maladie.

Du pus recueilli dans un abcès du cou chez un malade atteint d'oreillons, a donné des cultures pures de *staphylococcus pyogenes aureus*; cela montre bien que dans les cas, assez rares d'ailleurs, où des suppurations se produisent comme complications des oreillons, il s'agit d'infections secondaires; on s'explique ainsi que les observateurs qui ont recherché le microbe des oreillons dans le pus de ces suppurations accidentelles aient été induits en erreur, surtout à une époque où les caractères des microbes de la suppuration étaient peu connus.

Au sujet de la description du diplocoque et de sa culture dans le bouillon, dans la gélatine ou sur la gélose, nous n'avons rien à ajouter à ce qui a été dit dans la note précédente. Ce microbe se développe plus lentement sur gélatine à la température de 20 à 22 degrés, tandis qu'il croît rapidement dans le bouillon et sur gélose à 35 degrés. La liquéfaction de la gélatine est très tardive et très lente. Sur le sérum, le diplocoque donne des cultures blanchâtres, peu caractéristiques.

Inoculation aux animaux. — Nos expériences ont porté sur des lapins, sur des cobayes, sur des souris et sur des chiens.

Les inoculations sous-cutanées ou intra-péritonéales (1/2 centimètre cube à 1 centimètre cube de bouillon de culture) n'ont donné chez le cobaye et chez le lapin que des résultats négatifs, il en a été de même pour les injections intra-veineuses faites chez deux lapins (injection de 1 centimètre cube du bouillon de culture dans la veine marginale de l'oreille).

L'injection du bouillon de culture faite dans le tissu conjonctif sous-cutané ne produit pas en général d'inflammation; nous nous en sommes assurés en pratiquant des injections dans le tissu conjonctif de l'oreille chez des lapins blancs, c'est-à-dire dans des conditions où le processus inflammatoire consécutif à l'injection aurait été facile à

(1) Klemperer. *Zeitsch. f. klin. Med.*, 1888. — Johnson. *Ibid.*, 1888. — Boas. *Deutsch. med. Wochenschr.*, 1892. — Reichmann. *Zeitschr. f. klin. Med.*, Bd. IX.

(2) Société de biologie.

constater. Jamais à la suite des injections il n'y a eu de suppuration.

Les injections faites dans les testicules provoquent au contraire une inflammation vive. Le lapin est très commode pour cette expérience, les testicules sont faciles à ponctionner et les bourses, très lâches, permettent d'apprécier facilement leurs changements de volume.

Supposons qu'on a injecté 1 demi-centimètre cube du bouillon de culture du diplocoque dans un testicule; au bout de vingt-quatre heures on observe tous les signes d'une orchite aiguë plus ou moins intense, le testicule a doublé ou triplé de volume, la bourse qui renferme le testicule malade est rouge, tuméfiée. Les phénomènes inflammatoires s'accentuent les jours suivants, mais bientôt la tuméfaction du testicule, l'œdème et la rougeur de la bourse correspondante diminuent, puis disparaissent.

En général, le huitième jour après l'injection, le testicule a repris son volume normal; dans un cas la tuméfaction du testicule qui était énorme a persisté beaucoup plus longtemps.

Dans aucun cas il n'y a eu de suppuration du testicule à la suite de ces injections.

Chez le chien nous avons constaté également l'apparition d'orchites à la suite de l'injection intra-testiculaire des cultures du diplocoque. Ces orchites se sont terminées comme chez le lapin, par résolution complète vers le huitième jour.

L'atrophie testiculaire consécutive à l'orchite n'a pas été notée jusqu'ici chez les animaux en expérience, mais il y aura lieu de revoir à ce point de vue les animaux chez lesquels des orchites ont été provoquées.

Chez les souris blanches, les injections sous-cutanées du bouillon de culture du diplocoque ont été suivies de mort 4 fois sur 26. Les souris qui sont mortes avaient reçu de 1/2 centimètre cube à 1 centimètre cube du liquide de culture; la rate était tuméfiée et on trouvait des diplocoques dans le sang. Les injections intra-péritonéales ont déterminé la mort 3 fois sur 4; à l'autopsie le péritoine présentait des traces d'inflammation et le sang recueilli dans le cœur contenait des diplocoques.

Nous n'avons pas constaté l'exaltation de la virulence du microbe après son passage dans l'organisme de la souris.

En résumé, le diplocoque que nous avons décrit précédemment a été trouvé 67 fois sur 92, soit dans 72 p. 100 des cas; sa présence a été constatée: dans les exsudats des parotides et des orchites ourliennes, dans le sang, dans l'œdème ourlien sous-cutané, dans deux cas d'arthrite ourlienne.

L'expérimentation sur les animaux n'a pas fourni de résultats bien probants en faveur de l'action pathogène du diplocoque; il fallait d'ailleurs s'attendre à ce résultat, car on ne connaît pas d'animaux susceptibles de contracter les oreillons.

Si de nouvelles recherches, venant confirmer celles-ci, montrent que le diplocoque observé par nous se rencontre toujours chez les malades atteints d'oreillons et seulement chez eux, on pourra admettre avec toute vraisemblance que ce microbe est bien l'agent pathogène des oreillons comme nous inclinons à le croire.

CLINIQUE CHIRURGICALE

STATISTIQUE ET OBSERVATIONS DE CHIRURGIE HOSPITALIÈRE,

Par le Dr POLAILLON,

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu, professeur agrégé à la Faculté, Membre de l'Académie de médecine.

(Suite) (1).

Tumeurs.

XVIII. — *Tumeurs bénignes.*

1° *Kystes synoviaux.*

5 cas { 4 hommes, 4 opérés, 4 guéris. / 1 femme, 1 opérée, 1 guérie.

Sur ces 5 cas, 4 fois les kystes étaient paratendineux, 1 fois d'origine articulaire (obs. 43).

Ils occupaient la face dorsale du pied, dans 4 cas. Dans 1 cas (obs. 44), le kyste paratendineux était situé sur la gaine des péroniers latéraux en avant de la malléole.

Dans tous les cas, leur ablation était devenue nécessaire par la gêne et les douleurs qu'ils occasionnaient pendant la marche.

J'ai toujours pratiqué cette opération, pendant la chloroformisation, en disséquant le kyste avec le bistouri. Il est arrivé que la gaine tendineuse a été ouverte par cette dissection dans presque tous les cas. Après l'ablation du kyste, j'ai toujours pratiqué la suture. Dans 4 cas, il y eut une réunion immédiate; dans 1 cas la plaie opératoire suppura, probablement parce que l'opérée contracta la varioloïde quelques jours après son opération.

La durée moyenne du traitement a été de vingt et un jours.

OBS. 43. — *Kyste synovial de la face dorsale du pied, pénétrant entre les deux premiers métatarsiens jusqu'à la plante du pied. Dissection et grattage du kyste. Guérison.*

Le nommé P... (Armand), âgé de 36 ans, charretier, entre à la Pitié le 26 janvier 1883.

Pas de maladies antérieures. Père mort jeune d'une maladie aiguë de poitrine. Mère vivante.

Il y a environ quatre ans, le malade s'est aperçu, sans qu'il y ait eu aucun traumatisme, qu'il avait, sur la face dorsale du pied gauche, une petite tumeur, grosse comme un pois, au niveau de la tête du 2e métatarsien. Cette tumeur était à peu près indolente, mais cependant, de temps en temps, le malade souffrait un peu lorsque sa chaussure était trop serrée. La douleur, d'après ce que dit le malade, s'irradiait le long du membre inférieur et se portait soit au pli de l'aine, soit à l'hypogastre.

La tumeur s'est accrue peu à peu. Au mois de mai dernier, le malade consulta un médecin qui lui fit faire des frictions avec une pommade et qui fit la compression pendant plusieurs jours avec une plaque de plomb. La tumeur aurait disparu pendant ce traitement; mais elle a reparu avec tous ses caractères, aussitôt que le malade a repris son travail.

A l'entrée du malade on trouve, sur la face dorsale du pied gauche, une petite tumeur de forme conique, de la grosseur d'une grosse noisette, faisant saillie entre le tendon de l'extenseur propre du gros orteil et celui de l'extenseur commun, à

(1) Voir la *Gazette médicale*, nos 13, 14, 15, 17, 18 et 21 1893.

la hauteur de la tête des deux premiers métatarsiens. Cette tumeur est presque indolente à la pression, très peu mobile sur les parties profondes. La peau n'y est pas adhérente, et elle n'est pas entraînée par les mouvements des orteils. Pas de battements.

M. Polaillon porte le diagnostic de kyste synovial d'origine articulaire plutôt que tendineuse. L'ablation est décidée pour le 30 janvier.

Opération. Le malade est chloroformisé, et on applique la bande d'Esmarch. Période d'excitation sous le chloroforme assez prononcée.

Après une incision antero-posterieure de trois centimètres environ, n'intéressant que la peau, M. Polaillon tombe directement sur le hyste, qu'il cherche à extraire sans l'ouvrir. Mais les parois sont très adhérentes aux parties voisines, et M. Polaillon reconnaît que la cavite s'enfonce entre les têtes du 1er et du 2me métatarsien et arrive jusqu'à la partie profonde de la plante du pied. A l'ouverture du kyste, il s'écoule une espèce de gelée jaunâtre, beaucoup plus abondante qu'on ne pouvait le prévoir, à cause du prolongement de la tumeur dans la plante du pied. Le volume du kyste peut être comparé, d'après son contenu, à celui d'une grosse mandarine.

La poche est extirpée, autant que possible. avec des ciseaux. Avec la curette, on détruit les parois du prolongement plantaire. On lave la plaie avec de l'eau phéniquée au 1/20. On réunit ensuite avec trois points de suture, tout en plaçant un petit drain au milieu de l'incision. Pansement de Lister.

2 février. Premier pansement. Le malade n'a pas souffert depuis l'opération; pas de fièvre. Réunion immédiate. On enlève le drain après avoir lavé la poche avec l'eau phéniquée au 1/20. On enlève un point de suture.

Le 5. Second pansement. Pas de fièvre. Très peu de suppuration dans le point où était le drain. Le malade ne se plaint d'aucune douleur. Pansement de Lister.

Le 9. Nouveau pansement; la plaie est cicatrisée. On permet au malade de se lever et de marcher un peu.

Le 12. Il y a un peu d'irritation des bords de la cicatrice, parce que le malade a marché un peu trop. Cependant la guérison est complète, et le malade sort de l'hôpital, avec la recommandation de ne pas marcher beaucoup pendant une quinzaine de jours.

Obs. 44. — H... (François), employé d'octroi, âgé de 49 ans, entre le 19 août 1887, pour un kyste paratendineux adhérent à la gaine des péroniers latéraux, un peu avant et au-dessous de la malléole externe.

C'est la pression de la chaussure qui est la cause probable de ce kyste, et la chaussure en appuyant sur lui développe des douleurs s'exaspérant pendant la marche.

Le 21 août, chloroformisation. Incision parallèle au bord externe du pied. Dissection du kyste, dont le contenu transparent est de consistance colloïde. Suture. Pansement iodoformé.

Réunion immédiate consécutive.

Sortie de l'hôpital le 3 septembre.

2°. *Bourse muqueuse accidentelle.*

2 cas, 2 hommes, 2 opérés, 2 guérisous.

Obs. 45. — Le nommé C... (Jean), âgé de 64 ans, ancien militaire, entré le 6 juin 1883, portait une bourse muqueuse, développée sur une exostose de l'extrémité postérieure et inférieure du 1er métatarsien droit. Une exostose semblable existait à l'autre pied sans bourse muqueuse.

La bourse muqueuse en question s'était enflammée et avait suppuré.

Le 9 juin. Incision. Grattage de la cavité avec une curette tranchante. Un point de suture. Pansement de Lister.

Réunion immédiate.

Sortie de l'opéré le 18 juin.

Obs. 46. — B... (Pierre), âgé de 29 ans, a vu une bourse muqueuse professionnelle se développer au-dessus de la malléole interne du pied gauche, à la suite de l'attitude qu'il prend pendant l'exercice de sa profession de tailleur, attitude assise, les jambes croisées l'une sur l'autre. La bourse s'étant enflammée, fut ouverte en ville comme un abcès.

Lorsqu'il entra dans mon service le 3 juin 1883, la cavité suppurait et était remplie de fongosités.

Le 19 juin. Chloroformisation. Grattage des fongosités. Suture. Pansement de Lister. Pas de réunion par première intention. Guérison par suppuration.

Le 20 juillet. Sortie de l'hôpital.

3° *Ostéômes.*

4 cas { 4 hommes, 3 non opérés, 1 opéré. / 0 femmes.

Chez 2 malades, il n'y a pas eu lieu de faire une opération parce que l'ostéome siégeant, chez l'un, sur l'extrémité antérieure du 1er métatarsien, chez l'autre, sur l'extrémité postérieure de ce même os, ne gênait que médiocrement, et parce qu'il aurait fallu, pour en débarrasser les patients, faire une mutilation grave du pied. Nous nous sommes donc abstenu. Chez un troisième malade, l'opération quoique bien indiquée, fut refusée (obs. 47). Je n'ai pratiqué qu'une seule opération d'ablation d'ostéome (obs. 48.).

Obs. 47. — Le nommé G... (Pierre-Amédé). âgé de 53 ans, exerçant la profession de paveur, entre à la Pitié le 9 juin 1891. Il porte un ostéome, gros comme une noix, sur la phalangette du 2e orteil gauche. Cette tumeur paraît s'être développée à la suite d'une fracture de l'orteil, fracture produite il y a plusieurs années. L'ongle est tombé et à sa place on observe une légère ulcération. La marche est gênée par cette tumeur assez volumineuse. Je propose d'enlever l'orteil siège de l'ostéome. Mais le malade se refuse à l'opération et sort au bout de trois jours.

Obs. 48. — Le nommé P... (Raoul), âgé de 22 ans, journalier, entre le 27 mai 1889.

Sur le bord externe de la phalangette du 2e orteil gauche, on voit une petite tumeur qui fait saillie transversalement en dehors. La tumeur est grosse comme une cerise, indolente à la pression, recouverte d'une peau saine. Sa consistance a une dureté analogue à celle du tissu osseux. Elle fait corps avec la phalangette. Elle gêne beaucoup pendant la marche.

Cette tumeur est une exostose, probablement de la nature des exostoses de croissance.

Le 29 mai. Chloroformisation. Incision des téguments, qui sont disséqués tout autour de l'exostose; puis excision de l'exostose à sa base avec une pince coupante. Suture de la peau. Pansement de Lister. Réunion immédiate.

Sortie le 12 juin 1889.

4° *Exostose sous-unguéale.*

9 cas { 4 hommes, 4 opérés.
5 femmes, 5 opérées.

Le fait le plus important de cette série est la tendance à la récidive, lorsque le point d'implantation de l'exostose n'a pas été radicalement détruit. J'ai eu, en effet, 2 cas de récidive après une première ablation (obs. 49 et 50).

OBS. 49. — *Exostose sous-unguéale récidivant deux fois après l'ablation; troisième opération plus étendue ; hoquet hystérique ; guérison.* — La nommée P... (Julie), conturière, âgée de 17 ans, entre à la Pitié le 28 octobre 1878. L'ongle du gros orteil droit est soulevé par une exostose. Cet ongle est très difforme. Deux jours après l'entrée, arrachement de l'ongle et excision de l'exostose, en évidant la phalange au niveau du point d'implantation de la production morbide. Guérison et sortie de l'hôpital le 29 novembre.

Le 23 avril 1879, P... (Julie) est de nouveau admise à l'hôpital parce que l'exostose sous-unguéale s'est reproduite. Le gros orteil est tuméfié. L'ongle, qui a repoussé, est soulevé par une petite tumeur, très sensible au toucher, recouverte du derme hypertrophié ressemblant à une verrue.

Le 28 avril, chloroformisation. Ablation de l'ongle. Dénudation de toute la partie antérieure de la phalangette, qui est hypertrophiée et irrégulière, puis section de toute la partie antérieure de cette phalange avec une pince de Liston.

Le 26 mai, la plaie de l'opération est guérie. Le gros orteil n'est pas déformé. Il n'y a plus de douleur pendant la marche. Mais cette jeune fille, qui a grandi très rapidement, a de la tarsalgie des deux côtés.

Elle fait un nouveau séjour à la Pitié, du 10 juin au 15 juillet 1879, pour cette tarsalgie. Le gros orteil opéré ne présente rien d'anormal.

Mais le 10 novembre de la même année, je vois revenir Julie P... avec une récidive de sa tumeur et des douleurs très pénibles, dont le point de départ paraît être le gros orteil. J'ampute alors toute la phalangette à l'exception du plateau articulaire.

Le jour de l'opération, la malade fut prise d'un hoquet qui se continua sans interruption pendant toute la nuit et les jours suivants. Ce hoquet était incessant, accompagné d'un bruit rauque analogue à un aboiement. Il empêchait le sommeil. Il s'accompagnait d'une sorte de constriction du pharynx, produisant la sensation de la boule hystérique. La déglutition des boissons et aliments était difficile. Cependant il n'y avait point de trismus, point de raideur musculaire, en un mot, point de phénomènes de tétanos. J'avais affaire à un hoquet hystérique, provoqué par le traumatisme opératoire, chez une jeune fille qui n'avait cependant jamais eu de crise d'hystérie. L'état de la malade était devenu alarmant. Les pansements et les attouchements de l'orteil opéré augmentaient l'intensité du hoquet. Vers le sixième jour, sous l'influence des antispasmodiques, et, en particulier, du chloral, l'accident céda un peu. Le hoquet cessa d'abord pendant la nuit; puis il ne se reproduisit plus qu'à intervalles de plus en plus éloignés. Enfin il disparut complètement.

Julie P..., quitta la Pitié le 28 janvier 1880. Le gros orteil était guéri, mais il restait le siège de douleurs névralgiformes.

Au bout de plusieurs années, j'ai eu l'occasion de la revoir. Elle avait pris de la force et de l'embonpoint.

Le gros orteil n'était plus le siège d'aucune douleur (observation mentionnée *Bull. de la Soc. de chirurgie*, 1883, p. 922).

OBS. 50. — *Exostose sous-unguéale récidivante après ablation.* — C... (Blanche), âgée de 18 ans, conturière, entre le 12 mars 1879. Il y a deux ans, son gros orteil gauche a subi une forte contusion. Depuis cette époque, l'ongle s'est déformé. Il a été soulevé peu à peu par une production, qui n'est autre chose qu'une exostose sous-unguéale.

Le 13 mars. Chloroformisation. Après l'arrachement de l'ongle, excision de la surface onguéale dermique et de l'extrémité de la phalangette. Pansement de Lister. Réunion par première intention. C... (Blanche) sort guérie onze jours après l'opération.

Elle rentre à la Pitié, le 17 novembre de la même année, pour son exostose sous-onguéale, qui s'est reproduite. Cependant l'opération précédente m'avait semblé très complète.

Le 1er décembre 1879. Chloroformisation. Nouvel arrachement de l'ongle. Ablation de la matrice de l'ongle et de toute la phalangette, en respectant seulement le plateau articulaire. Réunion immédiate.

Elle sort guérie le 17 décembre et l'exostose ne s'est pas reproduite.

Instruit par ces faits de récidive, qui n'ont pas pour cause la repullulation d'une tumeur maligne, mais qui sont analogues à la croissance continue d'une exostose ostéogénique ou de certains doigts surnuméraires, lorsqu'on n'a pas radicalement enlevé leur point d'implantation, je me suis appliqué à opérer plus largement les exostoses sous-unguéales. Depuis 1879, je ne me suis pas borné à abraser l'exostose, puis à gratter avec une curette sa racine sur la phalangette ; j'ai mis à nu, par une incision en fer à cheval circonscrivant l'ongle, toute l'extrémité antérieure de la phalangette et j'ai excisé avec une pince de Liston la portion d'os qui supportait l'exostose (obs. 51, 52, 53). Avec ce procédé je n'ai plus eu de récidive

La durée moyenne du traitement a été de vingt-six jours.

OBS. 51. — *Exostose sous-unguéale ; large ablation; guérison.* — Le nommé B... (Auguste), maçon, âgé de 19 ans, entre le 31 mars 1880.

Bonne santé habituelle. Frères et sœurs bien portants. A 12 ans, attaque de rhumatisme aigu, qui dure six semaines. Depuis cette époque, palpitations de temps en temps, essoufflement au moindre effort.

Il y a un an, il s'aperçut par hasard, en mettant des chaussures neuves, qu'il ressentait une douleur assez vive au niveau de la 1re phalange du gros orteil gauche. Jusqu'alors le malade ne s'était aperçu de rien, car il avait l'habitude de porter en travaillant des chaussures très larges.

Son attention, attirée vers son gros orteil gauche, il remarqua que la première phalange était augmentée de volume. L'ongle, à sa partie antérieure et interne, était soulevé par une petite tumeur qui semblait tenir solidement aux parties profondes de l'orteil.

La pression était très douloureuse, et même il se forma, sous l'ongle, une petite collection de pus qui ne tarda pas à se vider.

On lui conseilla de couper l'ongle transversalement, vers sa partie moyenne, pour éviter la compression de la tumeur par la partie antérieure de l'ongle.

Le malade put travailler de la sorte pendant plusieurs mois, mais en souffrant toujours au niveau de l'orteil. Ces douleurs augmentaient beaucoup après une marche, ou lorsqu'il portait une chaussure trop étroite.

Au mois de décembre dernier, à la suite d'un coup de pierre sur cet orteil, il eut des douleurs si vives qu'il fut obligé de garder le lit pendant plusieurs jours. La tumeur était rouge et sa surface suppurait.

Au moment où le malade entre à l'hôpital, son orteil ne présente plus de traces d'inflammation. L'ongle est presque complètement repoussé. Mais nous constatons, sous l'ongle, la présence d'une petite tumeur qui le soulève au niveau de la partie antérieure et interne de la dernière phalange.

La tumeur, du volume d'une petite noisette, est un peu douloureuse au toucher. Elle adhère complètement aux tissus profonds. Sa face supérieure soulève le derme sous-unguéal, non seulement sous l'ongle, mais aussi en avant, et l'on voit à ce niveau le derme sous-unguéal qui a continué à produire des couches cornées, comme celles qui normalement s'ajoutent à la face inférieure des ongles.

3 avril. Chloroformisation. Arrachement de l'ongle avec la pince spéciale. Cela fait, la petite tumeur est circonscrite assez largement avec le bistouri jusqu'aux parties profondes, par une incision en fer à cheval. Le petit lambeau cutané est disséqué jusqu'à la face inférieure de la phalangette. L'os, ainsi mis à nu, est réséqué dans sa continuité à l'aide d'une pince coupante, de manière à enlever largement toute la surface d'implantation de la tumeur.

Lavage avec la solution phéniquée au 20e. Deux points de suture métallique. Pansement de Lister.

Le 5. Excellente état général, pas la moindre fièvre. Pansement.

Le 7. Un fil est enlevé. Les lambeaux sont réunis dans la profondeur.

A la visite du soir, nous trouvons le malade avec de violentes palpitations. Pas de fièvre, mais pouls fréquent, irrégulier, intermittent. L'examen du cœur fait entendre un léger roulement présystolique, des redoublements et des intermittences cardiaques.

Le 8. Les symptômes cardiaques ont complètement disparu. Le pouls est redevenu régulier, et l'examen du cœur laisse entendre le premier bruit peut-être un peu mal frappé et prolongé, mais sans souffle.

Le second fil est enlevé. La réunion est à peu près complète.

Le 21. Le malade sort complètement guéri de son exostose.

Obs. 52. — *Exostose sous-unguéale du gros orteil droit.* — Mélanie Th..., âgée de 18 ans, blanchisseuse, entre à la Pitié le 29 août 1881. Cette malade s'est aperçue, il y a environ cinq semaines, que l'ongle du gros orteil se soulevait et devenait douloureux. Pas d'antécédents. Elle s'est toujours bien portée. Elle ignore la cause de cette tuméfaction. Elle reste toujours debout, mais l'autre pied ne présente rien de semblable.

On constate que l'ongle est soulevé, et qu'il existe, sous lui, une tumeur dure, du volume d'un gros pois, se continuant avec l'os et ulcérée à sa partie superficielle. Peu de douleur, sauf quelques élancements qui se font sentir par instants. Pourtant la malade ne peut porter une chaussure un peu juste sans que la pression occasionne des souffrances.

Pas de symptômes spécifiques; pas de ganglions dans l'aine.

Opération le 3 septembre. La malade est endormie avec le chloroforme.

L'ongle du gros orteil est enlevé et l'exostose, mise à nu, est sectionné avec une pince. La phalangette est ensuite excisée dans une certaine étendue, de telle sorte qu'on ne laisse que le plateau articulaire. Les téguments sont rabattus sur l'extrémité de la phalangette et sont réunis par trois points de suture au moyen de fils d'argent. Pansement de Lister.

Le 6. Bon état général, pas de fièvre. Pansement, la plaie est nette, ses bords ne sont pas rouges. La réunion paraît bien se faire, on retire un fil d'argent, les mouvements du gros orteil sont faciles.

Le 8. On retire les deux autres fils; la réunion paraît être complète, sauf à la partie médiane, qui représente la matrice de l'ongle.

Le 12. Pansement; à peine une goutte de pus due à la non réunion de la partie médiane.

Le 16. La malade se lève et marche toute la journée. La réunion ne s'est pas effectuée en un point situé à peu près sur la ligne médiane.

Le 21. Pansement. La réunion paraît à peu près complète. La malade est envoyée au Vésinet.

Mais le 23 la malade revient du Vésinet. Elle a trop marché pendant son séjour à l'hospice; une partie de la plaie suppure; ses bords sont rouges et douloureux.

Avec des pansements phéniqués, et un repos absolu de quelques jours, l'inflammation disparaît et la plaie se cicatrise. La malade sort complètement guérie le 20 octobre.

Obs. 53. — *Exostose sous-unguéale ulcérée.* — La nommée V... (Julie), âgée de 16 ans, entre le 24 août 1892. Elle ignore le début de son affection, et ne sait à quelle cause l'attribuer. Il y a seulement deux mois qu'elle s'en est aperçue.

L'extrémité de la 2e phalange du gros orteil gauche présente, au-dessous de l'ongle, une tumeur de la grosseur d'une noisette. Cette tumeur soulève fortement l'ongle, qui n'adhère plus que faiblement aux parties sous-jacentes. Sa surface est ulcérée, de couleur rouge et grisâtre, d'aspect framboisé. Elle est recouverte d'une couche de pus fétide. C'est l'usage de chaussures trop étroites qui a produit l'ulcération. Toute l'extrémité de l'orteil est rouge, tuméfiée, enflammée, douloureuse à la pression, au point que la marche n'est plus possible.

Le 29 août. Chloroformisation. Arrachement de l'ongle. Incision en fer à cheval contournant la tumeur et la matrice de l'ongle. Dissection de la peau à la face inférieure de la phalangette, de manière à mettre à nu toute la tumeur et la portion d'os où elle s'implante. Section de la phalangette avec une pince de Luton en arrière du point d'implantation. Le lambeau relevé est suturé avec deux crins. Réunion immédiate.

Sortie pour aller à la maison de convalescence du Vésinet, le 7 septembre.

(*A suivre.*)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

La mort subite dans le cours de la phtisie pulmonaire, par le Dr Ch. Dupuy.

Bien que la mort subite dans le cours de la phtisie ne représente pas une de ces éventualités avec lesquelles le clinicien doit être familiarisé, il n'est pas moins vrai qu'elle mérite

d'entrer en ligne de compte parmi les prévisions pronostiques auxquelles cette redoutable maladie fournit matière journellement. Toutefois, dès qu'on aborde ce sujet, une grave difficulté se présente ; savoir la difficulté de déterminer d'une manière précise dans quelle mesure les tuberculeux du poumon paient leur tribut à ce mode de terminaison. Des causes d'erreur nombreuses interviennent ici, dont la principale résulte de l'impossibilité où l'on est souvent d'interpréter exactement la valeur des lésions que l'on rencontre à l'autopsie. Il y aurait, de ce chef, une sélection importante à faire parmi les observations qui ont été rapportées et données sous cette rubrique. Mais, toute défalcation faite, il reste encore un nombre de cas assez imposant pour qu'il y ait lieu d'en tenir compte, et pour motiver des conclusions très intéressantes concernant les causes et la physiologie pathologique de l'accident.

Il est clair que l'interprétation ne saurait être uniforme, et qu'il ne peut être question ici de proclamer l'*unité du mécanisme*. Une crise d'asphyxie aiguë, la production d'un pneumothorax double, celle d'une embolie pulmonaire, une hémoptysie foudroyante, sont autant de circonstances capables d'amener une terminaison très rapide, sinon tout à fait brusque. On doit reconnaître cependant que ce ne sont pas là les causes ordinaires de l'accident que l'on cherche à expliquer : et on constate que celui-ci est bien plutôt le résultante des altérations que le myocarde subit durant le cours de la maladie. Ces altérations sont multiples et diverses : et l'on trouve la raison de cete diversite dans celle des facteurs pathologiques qui les engendrent : lésions bacillaires, arterielles, nerveuses, intoxication. Toujours est-il que le fait seul de leur constatation impose l'idée du rôle qu'elles doivent jouer. C'est par le mécanisme de la syncope qu'elles interviennent pour amener la mort subite. Telle est du moins la conclusion principale qui se dégage du travail de M. Dupuy et à l'appui de laquelle l'auteur a fait veloir une argumentation serrée.

La clinique semble lui donner raison, car elle démontre la réalité, chez nombre de tuberculeux, de certains symptômes d'ordre cardiaque auxquels on peut légitimement donner le nom de symptômes prémonitoires. C'est à reconnaître l'existence et à préciser la valeur de ces derniers que le médecin doit s'attacher, s'il veut être prêt à toute éventualité pronostique, et partant éviter des surprises singulièrement nuisibles à sa réputation. D'autant qu'il y a ici des indications positives, que l'on doit s'efforcer de remplir, encore qu'elles puissent paraître un peu théoriques, et dépourvues de sanction thérapeutique immédiate et suffisante. Le médecin sera donc tenu de surveiller le cœur de tous ses phtisiques, et cela dès le début de la maladie, d'éviter tout ce qui peut les affaiblir, les surmener : précepte que l'on peut résumer d'un mot, en disant qu'il faut faire l'*hygiène cardiaque* des tuberculeux. Envisagée à ce dernier point de vue, la question offre un côté pratique bien propre à augmenter l'intérêt qu'elle comporte déjà aux yeux du pathologiste et du clinicien.

Le régime lacté dans les maladies organiques du cœur, Par le Dr Em. Vernhes.

Le sujet indiqué dans le titre qui précède pourra paraître banal, rabattu, épuisé. Pourtant il s'en faut que nous soyons complètement fixés sur le mode d'action thérapeutique et sur les indications du régime lacté appliqué au traitement des cardiopathies organiques. Il y a, dans cet ordre d'idées, bien des distinctions à faire, et des nuances à observer, dont il n'est peut-être pas tenu assez compte dans la pratique. Il importe, ici comme ailleurs, d'établir des catégories, sous peine de tomber dans l'écueil des médications systématiques, et partant nuisibles ou inutiles. Combien de médecins qui prescrivent ce régime uniformément sans tenir compte du degré et de la modalité des lésions, c'est-à-dire des véritables indications ? Il y a là un préjugé, un abus, procédant d'un point de départ erroné, contre lesquels on ne saurait trop réagir. Heureusement nos connaissances dans ce domaine se précisent de jour en jour, et nous savons à l'heure actuelle ce que nous pouvons demander au régime lacté, et les services qu'il peut nous rendre, quand nous le faisons intervenir à l'heure opportune.

C'est ainsi qu'il apparaît comme la médication de choix dans cette catégorie de lésions, bien décrites et classées dans ces dernières années, que l'on a désignées sous le nom de *cardiopathies artérielles*. C'est là, du consentement à peu près unanime, une de ses plus légitimes et de ses meilleures applications. L'accord est moins général en ce qui concerne cette autre catégorie que, par opposition avec la précédente, on a désignée sous le nom de cardiopathies *valvulaires*. Mais ici encore il y a des indications précises, comme celles tirées de l'apparition des stases sanguines viscérales et des hydropisies, qui fournissent par elles-mêmes une règle de conduite suffisamment précise. Évidemment, ce sera toujours affaire de tact clinique et d'expérience, que la détermination opportune du moment où le régime lacte pourra intervenir utilement, et de celui où il deviendra superflu, peut-être nuisible. D'ailleurs l'expérience et la pratique devront suppléer ici aux lacunes d'une législation thérapeutique dont les paragraphes n'ont pas pu prévoir tous les cas. D'autre part, on ne doit pas oublier que le lait, en dépit de son titre d'aliment complet, ne saurait constituer à lui seul un moyen de réparation suffisant pour un adulte, en pleine période d'énergie musculaire et de développement. D'où le précepte très important de ne le prescrire que pour un temps assez court, quinze jours au plus, et de le mitiger aussitôt que possible par l'adjonction d'autres aliments choisis avec soin, et qui doivent suppléer à sa pauvreté relative en certains principes essentiels, tels que les *hydrocarbures*. L'usage systématique, exclusif et indéfiniment prolongé du régime lacté serait, en effet, le plus sûr moyen d'amener le malade à l'inanition, et de stériliser d'avance les forces dont il peut avoir besoin pour la convalescence.

P. M.

BULLETIN

Sommaire. — Sur le traitement du tétanos. — Le typhus à Nanterre. — Choléra et fièvre typhoïde. — A propos du traitement du choléra.

Les chirurgiens paraissent avoir une prédilection spéciale pour cette question grave du traitement du tétanos, et on doit s'attendre à voir celle-ci réapparaître périodiquement, suscitant chaque fois de nouveaux arguments et de nouveaux contradicteurs. Après M. Berger, c'est M. Verneuil qui est venu apporter au débat le précieux appoint de son expérience et de son autorité. Notre savant maître a cru devoir introduire des réserves, en ce qui concerne l'opportunité de l'amputation considérée comme moyen curatif vis-à-vis des acci-

dents produits par le virus tétanogène. Il y aurait d'après lui, autant d'arguments contraires que de favorables, et il conviendrait d'attendre encore avant de formuler une règle de condnite positive, applicable à la généralité des cas. Mais il y a plus, et l'on pent se demander si l'ampntation ne doit pas être considérée comme étant parfois nuisible. Cette présomption est justifiée par l'analyse impartiale d'un certain nombre de cas, dans lequel l'intervention opératoire a paru précipiter l'apparition des symptômes tétaniques. D'un autre côté, l'interprétation de ses effets n'est pas toujours facile, et on est fondé à croire que le traitement médical et hygiénique institué parallèlement peut revendiquer une bonne part dans la guérison obtenue chez plusieurs malades. La qnestion subsiste donc entière, et comme elle est particuliérement difficile à résoudre, il est vraisemblable qu'elle fournira encore matière à plus d'une controverse,qu'elle fera rompre encore plus d'nne lance, avant que nous soyons en possession de la vérité, et que le débat puisse être clos sur une donnée positive.

— M. le Dr Sapelier a exposé devant l'Académie la relation d'une épidémie de typhus qu'il a eu occasion d'observer récemment à la maison de correction de Nanterre. Cette relation fait ressortir une fois de plus l'extrême gravité du typhus, gravité qui ne le cède guère à celle du choléra, car le chiffre obituaire est sensiblement le même dans les deux maladies. De par le pronostic, il y a donc nne certaine comparaison à établir entre celle-ci : on peut la pousser plus loin et la compléter, si l'on tient compte des résultats que les injections intra-veineuses de sérum artificiel chez les typhiques ont donné dans la pratique de M. Sapelier. L'idée de ce traitement a été vraisemblablement suggérée à notre confrère par l'analogie des symptômes du typhus avec ceux de la maladie asiatique. Les résultats de ces injections ont été sensiblement pareils à ceux que l'on observe chez les cholériques. De même que cbez ceux-ci, on a pu constater le réveil de l'intelligence, devenue obnubilée et confuse, le retour des forces,la cessation des contractures et l'abaissement notable de la température qui ne revenait ensuite que lentement à son point de départ. Sur 12 malades soumis à cette méthode, 6 ont guéri, 6 sont morts. C'est là une proportion encourageante et qui est propre à justifier l'application d'une méthode que, pour notre part, et d'après une expérience personnelle assez probante, nous considérons comme la plus précieuse des ressources thérapeutiques vis-à-vis du choléra confirmé.

— Puisque nous sommes sur le chapitre dn choléra, nous devons une mention au fait que M. Girode a rapporté dernièrement devant la Société de biologie, et duquel il ressort qne choléra et fièvre typhoïde peuvent se succéder sur le même sujet, sans intervalle et pour ainsi dire sans interruption. Déjà M. Galliard, dans un remarquable mémoire lu à la Société des hôpitaux, avait relevé deux fois pareille coïncidence. On peut tirer de celle-ci des conclusions d'une certaine vraisemblance concernant la parenté, pour ne pas dire l'identité de ces deux grandes maladies infectieuses ; mais ces conclusions ne peuvent encore être que dubitatives, et il convient d'attendre de nouveaux faits avant de trancher le très important problème de pathologie générale que soulève cette simple constatation de coïncidence.

— A propos du choléra, M. Girode a signalé dernièrement les inconvénients qui penvent résulter de l'emploi de certains médicaments dans le traitement interne de cette redontable maladie. Dans le cas particulier, il s'agit du salol, qne certaines considérations inspirées des doctrines de l'antisepsie ont fait introduire dans le traitement du choléra. Il ressort du fait de M. Girode, que le salol n'est pas toujours absorbé, mais qu'il peut en revanche s'accumuler dans l'estomac et provoquer *in situ* des phénomènes d'irritation et d'inflammation assez intenses. Cette remarque est à rapprocher de celle que M. Hayem et ses élèves ont déjà présenté antérieurement, au sujet de l'action fâcheuse que certaines substances de la série antiseptique (naphtol) peuvent exercer sur le tube digestif.

On a constaté, dans cette dernière catégorie de faits, des lésions de gastrite qni paraissent directement imputables à l'action topique irritante d'un produit que l'on s'est trop pressé de classer parmi les médicaments *inertes*. Ce dernier qualificatif ne serait donc plus guère applicable aux agents les plus accrédités de l'antisepsie interne et il y anrait lieu, de ce chef, d'introduire de fortes restrictions, quant à leurs indications et à leurs doses thérapeutiques. On est fondé, en tous cas, à formuler des doutes sur leur mode d'action et sur leur efficacité, d'autant que, lorsqu'il s'agit de choléra, on sait que l'absorption est entravée, suspendue, à peu près nulle, : circonstance qui permet l'accumnlation, en quantité indéfinie, des médicaments internes : une pratique personnelle de quelque importance nous autorise à exprimer sur ce dernier point un scepticisme qui paraîtra légitime à tous les médecins pourvus de la même expérience.

P. MUSELIER.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

L'EXERCICE DE LA MÉDECINE THERMALE AU POINT DE VUE DE LA DÉONTOLOGIE MÉDICALE, par le Dr J. JANICOT.

Notre excellent confrère, M. Janicot, a abordé, devant l'Association syndicale professionnelle des médecins de la Seine, une question fort intéressante de déontologie médicale que, mieux que personne, il pouvait traiter avec une parfaite compétence. Il s'agit des devoirs multiples du médecin de villes d'eaux, devoirs envers lui-même, devoirs envers ses malades, devoirs envers les confreres de la station où il exerce, devoirs envers les confrères qui lui adressent et lui confient leurs malades. M. Janicot a limité son étude à ce dernier point, qui est certainement l'un des plus importants.

Et d'abord il s'agit de s'entendre snr le sens qu'il faut attacher ici an mot *devoirs*. Suivant notre confrère, il est des devoirs stricts qui s'imposent, et avec lesquels il n'y a pas à discuter. Il en est d'antres, qu'il qualifie de *devoirs moyens*, qui sont de beaucoup les plns nombreux et qui peuvent recevoir certains tempéraments ; enfin il est des devoirs de pure convenance, anxquels on peut à la rigueur se soustraire, mais qu un galant homme ne saurait oublier. Tous ces devoirs se présentent avant, pendant ou après la saison thermale, et c'est dans cet ordre que M. Janicot les passe snccessivement en revue.

1° *Avant la saison thermale.* — Il n'est question ici que de devoirs de convenance. Les nombreuses visites que, aux approches de la saison thermale, les médecins de villes d'eaux font à leurs confrères ont inspiré une poétique comparaison entre leurs voyages printaniers et le retour des hirondelles. Ces

visites, suivant M. Janicot, sont utiles, car plusieurs confrères lui ont avoué qu'ils n'adressaient jamais à un médecin d'eaux dont ils ne *connaissaient pas la tête*. Mais, ajoute-t-il, « pour montrer ou rappeler sa tête », il faut se garder de visites indiscrètes. A Paris on peut y suppléer avec avantage en assistant à la visite hospitalière en aux cours des maîtres, en fréquentant la salle des pas perdus de l'Académie de médecine, en suivant les séances des Sociétés savantes ou professionnelles, en prenant place aux nombreux banquets confraternels, etc. Ces moyens, en effet, sont excellents pour entretenir ses relations et se rappeler au souvenir des confrères, sans avoir besoin d'aller prendre leur temps et faire maugréer leurs clients aux heures de leurs consultations.

En province il n'en est plus ainsi et, s'il y a réellement utilité, comme le pense M. Janicot, à aller montrer ou rappeler sa tête à ses confrères, le médecin hydrologue est par cela même condamné à des déplacements multiples qui n'éveillent plus le souvenir poétique des oiseaux de passage, mais le rapprochent plus prosaïquement du commis voyageur. En ce qui nous concerne, nous ne saurions admettre la nécessité de ces visites, dont abusent certains médecins hydrologues, souvent au détriment de leur propre dignité, et nous entretenons depuis de longues années les relations les plus cordiales et quasi amicales avec une foule de confrères que nous n'avons jamais vus.

2° *Pendant la saison thermale.* — Il y a, dit avec raison M. Janicot, trois intérêts à concilier: d'abord celui du malade, qui prime tout; ensuite celui du médecin qui l'envoie; en troisième lieu, celui du médecin hydrologue qui le reçoit. Ces intérêts parfois divergents, du moins en apparence, sont faciles à mettre d'accord: il suffit d'avoir de l'honnêteté, de la droiture, et, ajoute M. Janicot, un peu d'adresse. « Droit et adroit » n'ont suivant lui rien de contradictoire, et il est d'avis que ces deux mots pourraient servir de devise aux médecins qui exercent dans les villes d'eaux.

Cela dépend, évidemment, du sens que l'on attache au mot *adroit*. Dans son acception la plus usuelle, il laisse peser un léger soupçon d'habileté plus ou moins correcte sur celui à qui on l'applique. Ce n'est certainement pas le sens accepté par M. Janicot. Aussi, pour ne pas prêter à l'équivoque, nous croyons que l'honnêteté, la droiture, jointes à un certain degré d'intelligence et d'usage du monde, suffisent au médecin hydrologue pour concilier les trois intérêts en présence.

Nous ne pouvons suivre M. Janicot dans l'examen des divers cas qui peuvent se présenter pendant la saison thermale. Il les expose, les discute et les apprécie en homme d'une grande expérience et d'un sens pratique parfait. Certains de ces cas sont particulièrement délicats, tel, par exemple, celui où le traitement thermal est formellement contre-indiqué et où il s'agit d'une affection très grave. Si le malade est menacé d'une terminaison fatale à courte échéance, mais qu'il puisse supporter le voyage, il faut, sous un prétexte quelconque, le renvoyer immédiatement, en prévenant, il va sans dire, le médecin traitant. Si la terminaison paraît devoir être éloignée, on doit instituer un traitement, en apparence hydrominéral, en réalité moral et hygiénique, qui peut quelquefois être utile, en tout cas ne saurait nuire, et sauvegarde ainsi les intérêts du malade en même temps que la réputation du médecin qui l'a envoyé. C'est ici que le médecin hydrologue a besoin de l'adresse dont parle M. Janicot, sans que ce mot puisse être pris en mauvaise part.

Nous signalerons encore un point délicat, celui des interventions extra-hydrologiques pendant la cure. Nous sommes d'avis, avec M. Janicot, que, en dehors du traitement hydrominéral, on ne doit intervenir que dans trois circonstances: 1° pour remplir des indications pressantes survenues au cours de la cure; 2° pour se conformer aux instructions contenues dans la lettre du médecin traitant; 3° pour répondre au désir et aux besoins de malades qui, dans la localité qu'ils habitent, ne peuvent trouver les soins spéciaux qui leur sont nécessaires. En dehors de ces cas, le médecin hydrologue doit s'en tenir, comme le dit M. Janicot, à la thérapeutique *spéciale* en vue de laquelle on lui adresse et on lui confie des malades.

3° *Après la saison thermale.* Ici il s'agit d'un devoir strict, d'une question d'honneur. Le malade adressé à un médecin hydrologue est comme un dépôt que celui-ci doit rendre au confrère qui le lui a confié, et, ainsi que le dit M. Janicot, le soigner, le garder après, sous n'importe quel prétexte, constituerait un véritable abus de confiance.

M. Janicot termine son intéressant travail de déontologie par un précepte du père de la médecine dont chacun de nous doit être pénétré: « Il faut que le médecin soit honnête en toutes ses relations, *car l'honnêteté lui est souvent d'un grand secours.* »

Dr F. de Ranse.

NOTES ET INFORMATIONS

Emploi de la glace dans l'aliénation. — Le *Bulletin municipal officiel* du 28 mai et jours suivants, contient le rapport de M. Riche sur cette question intéressante. Il en résulte que la glace des rivières et étangs ne peut être employée que pour rafraîchir l'eau des récipients, dont on peut l'entourer et non pour être ingérée en nature.

Laboratoire municipal. — Voici le résultat des échantillons analysés en avril 1893. — *Vins*, 606 savoir: bons 290, malades 25, vinés ou sucrés 39, piqnette de raisins secs, 3, contenant des traces de cuivre 2, mouillés 247. — *Vinaigres*, 8; savoir: 6 bons, autres que de vin 2. — *Bières*, 31 bonnes. — *Cidres et poirés*, 24; savoir: bons 17, mouillés 6, traces de cuivre 1. — *Alcools et liqueurs*, 54; savoir: bons 43, fabriqués artificiellement 11. — *Eaux* 182; savoir: bonnes 133, contenant des matières organiques, 33, contenant des matières minérales, 16. — Sirops, 11; savoir: bons 4, glucoses 3, colorés artificiellement 4. — Laits, 380; savoir: bons 343, écrémés ou mouillés, 37. — Beurres, 117; savoir: bons 46, contenant des graisses étrangères 40, contenant de l'acide borique 31. — Huiles comestibles 24; savoir: bonnes 7, contenant des huiles étrangères 17. — Pains et pâtes 8; savoir: bons 7, mauvais 1. — Farines, 29 bonnes. — Sucrerie et confiseries, 13, savoir: bonnes 7, mauvaises 6. — Confitures et miels, 10; savoir: bons 4, glucosés 3, contenant de l'acide salicylique 3. — Chocolats et cacaos 8; savoir: bons 6, contenant des débris de coques ou de la fécule, 2. — Cafés, chicorées et thés, 36; savoir: bons 34, contenant des matières étrangères, 2. — Viandes et conserves, 20; savoir: bonnes 17, colorées artificiellement 3. — Poivres et épices, 78; savoir: bons 77, contenant de la fécule ou des grabeaux, 1.

Conseil public d'hygiène et de salubrité de la Seine — *Maladies contagieuses.* — Le *Bulletin municipal officiel* con-

tient dans ses numéros des 13 mai et suivants, les instructions sur la prophylaxie des maladies contagieuses.

L'ancienne Ecole de médecine de la rue de la Bucherie. — Dans notre dernier feuilleton, nous avons appelé l'attention de ceux de nos lecteurs qui aiment l'histoire, sur la conférence de M. Augé de Lassus, concernant notre ancienne École de médecine dont les bâtiments subsistent encore, et nous ajoutions que le Syndicat des médecins de la Seine avait été saisie de la question, grâce au zèle de notre confrère M. le Dr Le Baron.

Nous sommes informé aujourd'hui que le Syndicat vient d'adresser au Conseil municipal de Paris, une pétition pour réclamer la conservation de ces bâtiments situés à l'angle des rues de la Bûcherie et de l'Hôtel Colbert et qui se composent :

1° D'une immense salle du XVe siècle commencée en 1472 et percée sur trois de ses faces de larges baies en ogive ;

2° D'un amphithéâtre circulaire, couronné d'une coupole et dans un très bon état de conservation. Edifié en 1744, cet amphithéâtre, dit « de Winslow », a conservé le nom du célèbre médecin qui l'inaugura.

Nous n'hésitons pas à faire appel à tous nos amis.

L'Institut Pasteur. — 162 personnes ont été traitées à l'institut Pasteur, pendant le mois d'avril.

Sur ce nombre : 6 ont été mordues par des animaux dont la rage a été reconnue expérimentalement;

103 ont été mordues par des animaux reconnus enragés à l'examen vétérinaire ;

53 ont été mordues par des animaux suspects de rage.

Les animaux mordeurs ont été : chiens, 153 fois ; chats, 9 fois.

Statue de Renaudot. — Le 4 juin, à 10 heures du matin rue de Lutèce aura lieu sous la présidence de M. Ch. Dupuy président du Conseil, l'inauguration de la statue de Théophraste Renaudot, médecin de Louis XIII, qui, en dehors du journalisme, créa les consultations charitables et toute l'Assistance publique à domicile M. Brouardel prendra la parole au nom de la Faculté de médecine; M. Cadet de Gassicourt,au nom de l'Association de la Presse médicale française ; M. Grasset au nom de l'Université de Montpellier.

MM. les docteurs, internes et étudiants en médecine seront reçus sur la présentation de leur carte.

Le Choléra dans le midi : — Le choléra vient de faire une apparition dans le midi. Plusieurs cas ont été signalés dans l'Hérault, à Montpellier, Lunel, Frontignan, Saint-Pons, et dans la Haute-Garonne et le Gard, à Toulouse et à Nîmes.

NOUVELLES

Facultés et écoles des départements. — *École de médecine d'Alger.* — Par arrêté du 19 mai, le concours pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales, est reporté au 25 juillet devant la Faculté de Montpellier.

Faculté de médecine de Nancy. — Par arrêté du 15 mai, M. Boyé (Bernard-Arthur-Pierre), licencié ès sciences naturelles, est nommé jusqu'à la fin de l'année scolaire (1892-93) chef des travaux d'histoire naturelle.

École de médecine de Tours. — Par arrêté du 16 mai, M. Edmond Wolff, docteur en médecine, est nommé professeur de physique (chaire nouvelle).

École de médecine de Grenoble. — M. le Dr Pégoud est nommé professeur de pathologie interne.

Corps de santé de la marine. — *École de Bordeaux.* Un concours, auquel ne pourront prendre part que les médecins de 1re classe sera ouvert à Rochefort, le 31 juillet prochain, pour l'emploi de professeur-répétiteur de pathologie interne et thérapeutique, à l'École principale du service de santé de la marine, à Bordeaux.

Corps de santé des colonies. — Par décret en date du 25 mai 1893, on été nommés au grade de médecin de 2e classe, MM Jourdan (Edmond) et Noblet (André), médecins-auxiliaires de 2e classe de la marine.

Ministère de l'Intérieur. — *Épidémie cholérique de* 1892. Le *Journal officiel* du 30 mai contient la liste des médailles d'or, de vermeil et d'argent décernées à l'occasion de la dernière épidémie de choléra.

Bourses. — Les demandes de bourse et de trousseau formulées par les familles des élèves du service de santé de la marine seront transmises au ministre de la marine par les préfets des départements, le 1er septembre, au lieu du 1er août.

Hygiène militaire. — Une note du ministère de la Guerre du 21 mai, rappelle aux commandants de corps d'armées les prescriptions relatives aux mesures sanitaires à observer pour l'exécution des marches pendant la période des chaleurs. (*Journal officiel* du 22 mai.)

Mission scientifique. — La mission de notre collaborateur et ami le Dr Delvaille, est plus étendue que nous ne l'avions annoncé ; il a été chargé, par les ministres de l'Intérieur et de l'Instruction publique, d'une double mission pour étudier en Belgique et aux Pays-Bas tout ce qui touche à l'hygiène scolaire et à l'hygiène et à l'assistance publique.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon, Paris.

Recherches expérimentales sur la respiration : Les inhalations d'oxygène ; sommeil et anesthésie ; l'intoxication oxycarbonique, par le Dr L.-G. de SAINT-MARTIN. — Un volume grand in-8° de 343 pages avec 35 figures dans le texte. — Prix : 10 francs.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU 21 AU 27 MAI 1893

Fièvre typh., 7.—Typhus,2.—Variole, 1.—Rougeole, 19.—Scarlatine, 5.—Coqueluche, 22.—Diphtérie, croup, 23.—Grippe, 18.—Affections cholériformes, 0. — Phtisie pulmonaire, 191. — Méningite tuberculeuse, 22. — Autres tuberculoses, 9. — Tumeurs cancéreuses et autres, 56. — Méningite, 20 — Congestion et hémorrhagie cérébrale, 32 — Paralysie, 8. — Ramollissement cérébral, 11. — Maladies organiques du cœur, 58. — Bronchite aiguë et chronique, 55. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 125. — Autres affections de l'appareil respiratoire, 47. — Gastro-entérite des enfants : sein, biberon et autres, 42. — Fièvre et péritonite puerpérales, 7. — Autres affections puerpérales, 1. — Débilité congénitale, 33. — Sénilité, 38. — Suicides, 16. — Autres morts violentes, 11. — Autres causes de mort, 146. — Causes inconnues, 7. — Total: 1922.

Le Rédacteur en chef et gérant : F. DE RANSE.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame. — *Téléphone.*

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Rédacteur en chef : M. le Dr F. DE RANSE

Comité de Rédaction : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN
J. ARNOULD (de Lille), P. FABRE (de Commentry), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon)

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, avenue Montaigne (Rond-Point des Champs-Élysées

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

L'AMPUTATION DANS LE TRAITEMENT DU TÉTANOS,

Par M. Verneuil.

L'importante communication de M. Berger me fait remonter à cette tribune, où plusieurs fois déjà j'ai traité la question du tétanos au point de vue surtout de son origine, de sa nature et de ses causes. J'estime que lorsqu'on a affaire à une maladie aussi grave, peut-être même la plus brutalement grave qui puisse frapper l'homme, il faut s'en occuper sans cesse, la poursuivre sans relâche et l'étudier sous tous ses aspects, dans toutes ses formes et dans un ordre déterminé. Cette ténacité est légitimée et déjà récompensée par le surprenant et rapide progrès que la question a fait depuis un petit nombre d'années, grâce à l'excellence de la méthode adoptée pour ces recherches.

Las d'aller sans cesse à la découverte des moyens empiriques et de s'attacher uniquement à combattre les symptômes, les médecins, découragés, ont heureusement abandonné les vieux errements et pris enfin le vrai chemin qui, partant de l'étiologie et éclairé par l'observation clinique et l'expérimentation, finit par conduire à une thérapeutique raisonnée et rationnelle et, chose plus précieuse encore, à une prophylaxie à peu près complètement négligée jusqu ici.

Grâce aux travaux préparatoires qui ont définitivement classé le tétanos parmi les microbioses virulentes, contagieuses et transmissibles, qui ont dévoilé le bacille, son histoire naturelle, ses habitats : la terre, l'eau, les animaux, homme compris, ses procédés de pénétration, son mode d'évolution, etc. Nous pouvons aborder le traitement avec espoir d'empêcher l'ennemi d'envahir l'organisme, ou de le détruire quand l'invasion sera malheureusement réalisée.

Tout disposé que je sois à entrer dans le cœur du sujet, je voudrais préalablement et très sommairement toucher deux points.

Nul doute que le tétanos (les temps de guerre mis de côté) est une maladie beaucoup plus rurale qu'urbaine (ce qui est peut-être plus facile à expliquer qu'on ne le pense) ; toutefois il ne faudrait pas croire que les cas en soient aussi rares qu'on le dit dans les grandes villes, à Paris entre autres. M. Berger à lui seul en a observé 15 cas; M. Schwartz en communiquait une série de cinq à la Société de chirurgie. Un de mes meilleurs élèves, M. le Dr Tuffier, en conserve sept inédits dans ses cartons, qui s'ouvriront bientôt, je l'espère. Je connais beaucoup d'autres cas isolés qu'on oublie de publier.

Je signale ceci pour stimuler le zèle des chirurgiens et montrer que les matériaux d'étude, si indispensables pour éclairer encore certains points obscurs, surtout par les procédés de laboratoire, ne feraient pas défaut si on ne les laissait pas perdre.

Second point, M. Berger est très pessimiste et avec quelque raison, puisque sur 15 cas il compte 13 morts et aurait peut-être également perdu les deux autres s'il s'était contenté de la thérapeutique classique. Certes, il a le droit d'être hardi, et pourrait aller même jusqu'à la témérité devant de tels désastres.

Cependant les guérisons ne sont pas toujours aussi exceptionnelles, même en cas de blessures extrêmement graves et dans les formes dites aiguës, réputées à tort presque absolument incurables. Vous savez que grâce à un procédé qui m'est familier et que j'appelle, sans en rougir, la *mendicité scientifique*, je rassemble sur les points que j'étudie des documents nombreux. Un praticien très éclairé, M. le Dr Camus, de Montmarault, m'a envoyé un petit dossier dont j'ai déjà, le 6 décembre dernier, extrait deux observations terminées l'une par la mort, l'autre par la guérison, et dans lequel je vais puiser encore deux autres faits inédits.

Obs. I. — *Blessures multiples dans une chute ; fractures de la cuisse et de la jambe compliquées de plaie avec issue des fragments qui s'implantent dans le sol ; tétanos grave deux jours après ; traitement par le chloral et la morphine à hautes doses ; guérison.*

En septembre 1892, un homme de 40 ans, monté sur un wagon chargé de rails de chemin de fer, est violemment projeté à terre par suite de la rencontre de son train avec un train de ballast allant en sens inverse. Il tombe dans une tranchée où il est inondé par l'eau du tender renversé.

On constate deux plaies contuses à la tête, une antre à l'avant-bras, une autre encore au périnée, laquelle occasionne une rétention d'urine pendant plus de quinze jours ; enfin deux fractures graves à la cuisse et à la jambe gauches, avec larges plaies, issue des fragments qui après avoir traversé les vêtements se sont implantés dans le sol.

(1) Académie de médecine, 30 mai 1892.

Il est transporté à 1 kilomètre de distance, où il reçoit les premiers soins, et de là à l'hôpital où sur-le-champ, les plaies sont lotionnées avec l'eau phéniquée à 2 p. 100, puis pansées deux fois par jour avec un mélange d'iodoforme, de camphre et de poudre de quinquina. Naturellement les fractures sont contenues.

Deux jours après, à la visite du matin, le blessé accuse dans le membre inférieur fracturé de fortes contractures et des convulsions qui soulèvent la jambe tout entière, puis du trismus et de la raideur dans les muscles du cou, symptômes qui s'exaspèrent presque toutes les demi-heures. L'invasion précoce et l'intensité des phénomènes font porter un pronostic grave.

On institue immédiatement le traitement par le chloral et la morphine à hautes doses.

Dès le lendemain, rémission sensible; on continue la même médication avec rigueur, et grâce à elle, au bout de quelques jours, les symptômes qui s'étaient progressivement amendés finissent par disparaître. La guérison des fractures se fit dans le délai accoutumé.

J'ai cité ce fait dans l'intention spéciale de protester contre l'opinion fataliste qui déclare à peu près inévitablement mortelle la forme dite aiguë du tétanos et proclame par contre et tout aussi à tort guérissable par tous les moyens — et pour un peu on ajouterait spontanément, — la forme dite chronique.

Je crois que dans le cas précédent la forme était aussi aiguë que possible, mais j'estime aussi que l'antisepsie des plaies faite de bonne heure et l'institution immédiate et énergique de la médication chloralo-morphinée ont contribué de part et d'autre au succès thérapeutique.

L'association de la poudre de quinquina et du camphre à l'iodoforme pour le pansement des plaies contuses exposées au sphacèle me paraît également rationnelle. Bref, ce cas est de nature à relever le courage des praticiens.

M. Camus fut moins heureux dans le cas suivant, que je cite surtout parce que la question d'amputation fut posée et écartée.

Obs. II. — *Fracture comminutive de l'avant-bras et plaie du thorax par arme à feu; tétanos au bout d'une semaine; Médication chloralo-morphinée; mort.*

Le 24 novembre 1889 au matin, la terre étant couverte de neige, un cultivateur de 19 ans, en rapport constant avec les animaux de sa ferme et revêtu de ses vêtements de travail, se blesse avec son fusil. La charge tout entière, après avoir fracturé comminutivement l'avant-bras, pénètre profondément sous le grand pectoral dans le creux axillaire, où elle produit des désordres considérables.

On discute dans une consultation l'opportunité d'une amputation de l'avant-bras, mais on prononce au moins l'ajournement en présence de la plaie thoracique qui semble beaucoup plus grave. Lavage immédiat de toutes les plaies à l'eau phéniquée à 2 p. 100; pansements avec l'iodoforme, le camphre et le quinquina, qui pénètrent très imparfaitement dans le foyer axillaire.

Le blessé, assez misérable, habite une grande chambre humide, froide, sans feu.

Le 30, crampes dans le bras blessé.

Le 1er décembre, septième jour, le tétanos se déclare et envahit rapidement tous les muscles du corps. Chloral à la dose de 6 grammes le premier jour, de 10 grammes le second. On y ajoute le bromure de potassium. Chaque dose produit une détente si notable que le père les multiplie et les rapproche. Néanmoins, deux jours après, le malade succombe dans un état de prostration complète, la contracture et les convulsions ayant cessé quelques heures avant la mort.

Sur 4 cas, M. Camus compte 2 guérisons par le chloral et la morphine et 2 morts, dont l'une est occasionnée vraisemblablement par la septicémie plutôt que par le tétanos, et l'autre bien due à ce dernier que l'amputation ne sut arrêter, mais qui, il est vrai, n'avait été traité que par l'opium et le chloroforme, sans morphine ni chloral.

La statistique récente de M. Camus est instructive et non moins encourageante. Autrefois, il traitait tous les tétanos consécutifs aux plaies contuses ou déchirées par les machines, aux brûlures, aux blessures diverses, par les irrigations froides et les antispasmodiques seuls et les perdait tous, sauf 2 cas réputés bénins et dits spontanés parce qu'on ne trouva pas de blessures (1). Il y a dix ans, il perdit encore le garçon de 19 ans, cité plus haut, traité par l'opium et les antispasmodiques et auquel, pourtant, le tétanos une fois déclaré, on désarticula le pouce.

Les 3 derniers cas se comportèrent autrement, grâce au traitement local des plaies par les antiseptiques puissants et à la médication interne par le chloral et la morphine. L'un des patients mourut, il est vrai, mais très soulagé et bien plutôt de septicémie occasionnée par des blessures très graves; en revanche les deux autres guérirent, bien que l'un d'eux ait été cruellement maltraité dans sa chute.

Notre collègue, M. Périer, sur deux malades en a vu guérir un.

Obs. III. — Il s'agissait d'un garçon de 18 ans qui, en conduisant une balayeuse mécanique, fit une chute dans laquelle le pied fut pris dans l'engrenage : écrasement du talon, avec plaies contuses causées par les dents de la machine et sillonnant la partie inférieure de la jambe, le long du tendon d'Achille. Le blessé, reçu à la Charité, fut pansé avec l'huile phéniquée, bon topique soit dit en passant. Quelques jours après, se développe un tétanos violent, enrayé par le chlore, à la dose quotidienne de 16 grammes. Le médicament ayant été cessé trop vite, les accidents reparurent aussitôt, mais cédèrent encore au même traitement, continué longtemps à dose décroissante. La guérison s'effectua lentement.

Nouvel exemple de la guérison d'un tétanos à forme aiguë.

Obs. IV. — Le second cas fut moins heureux. Une femme opérée d'ovariotomie, il y a une douzaine d'années, semblait complètement guérie le neuvième jour, lorsqu'on procéda à l'enlèvement des sutures. Les fils d'argent qu'on employait alors, furent extraits sans le moindre incident. Le soir même, apparition du trismus avant-coureur d'un tétanos tellement intense que la mort survint le surlendemain; sans que le chloral eût produit le moindre effet.

(1) L'épithète de *spontané* appliquée au tétanos doit définitivement disparaître; si l'on voulait absolument séparer les cas suivant qu'il y a ou non blessure, on pourrait admettre un tétanos *traumatique* et un tétanos *atraumatique*, ou dire encore, comme je l'ai proposé jadis (*Académie des sciences*, 3 octobre 1887) que la pénétration du virus a eu lieu par *effraction* ou par *absorption*.

M. Tuffier a pu également. par des moyens divers, sauver, je crois, plusieurs de ses malades.

Mais revenons à la question en litige aujourd'hui. Certes, je suis loin de rejeter le principe de l'extirpation des foyers tétaniques, y compris l'amputation, surtout si on se conforme aux sages préceptes formulés par M. Berger; mais tout en rendant hommage au talent avec lequel notre éloquent collègue a plaidé la cause, j'avoue que l'hésitation ou pour le moins une grande réserve me sont dictées par les quelques faits que je vais jeter dans la balance.

Permettez-moi de vous montrer d'ailleurs que mon attention est fixée depuis bien longtemps sur ce point de pratique.

Obs. V. — Vers 1865, je fus appelé en Vendée auprès d'un propriétaire qui venait d'être gravement blessé. Son fusil éclatant dans la main gauche en avait emporté la moitié. Je n'ai pas besoin de décrire l'état si connu des plaies ainsi produites, mais seulement de rappeler que sous l'influence des idées conservatrices de l'époque, défendues surtout par Denonvilliers, Nélaton, Robert, etc., on s'abstenait alors de toute opération radicale et même le plus souvent de toute régularisation, presque aussi périlleuse, de la plaie. L'irrigation continue faisait les principaux frais du traitement.

Or, je proposai naturellement l'abstention opératoire complète et le pansement par l'eau.

Les consultants, parmi lesquels se trouva un de mes anciens collègues d'internat, le vénérable Dr Tonné, de Niort, tout disposés qu'ils fussent à suivre mes conseils, ne me cachèrent pas que le traitement conservateur leur inspirait, ainsi qu'à la famille du blessé et au blessé lui-même, une vive appréhension, et que tout le monde s'attendait à me voir proposer et exécuter pour le moins une amputation partielle et mieux encore la désarticulation de la main ou l'amputation de l'avant-bras. Et, comme je m'étonnais d'un tel radicalisme, les confrères cherchèrent à le justifier par le récit d'un cas qui avait fait rumeur dans la contrée.

Pareil accident de chasse étant survenu quelques semaines auparavant, on avait conservé le membre, mais le tétanos, fréquent dans ces parages, avait emporté rapidement le blessé, *Indè terror* !

Je n'avais pas compté, je l'avoue, avec cette complication; c'est pourquoi je demandai à réfléchir quelques instants. Puis je maintins mon arrêt de conservation; seulement, au lieu d'employer l'irrigation continue à l'eau froide, je proposai un procédé que j'avais emprunté, en le modifiant, à Valette (de Lyon) et à Langenbeck, savoir: le bain permanent tiède dans la décoction de feuilles de noyer additionnée d'un peu de liqueur de Labarraque.

Le blessé, qui vit encore, guérit sans le moindre accident, conservant le pouce et l'index tout entiers et plus de la moitié du métacarpe. Il chassa longtemps et peut-être chasse-t-il encore.

Par contre vers la même époque, je faisais leçon à l'hôpital Lariboisière sur un cas de tétanos traumatique devant deux chirurgiens brésiliens qui m'affirmèrent que, dans leur pays, on ne guérissait guère cette terrible maladie qu'en amputant le plus tôt possible le membre blessé.

On voit que si le problème est sous mes yeux depuis plus de vingt-cinq ans, sa solution n'en est pas beaucoup plus avancée pour cela. On comprend aussi que le premier cas que je traitai par le chloral en février 1870, m'ayant donné un succès et ce médicament ayant également réussi en d'autres mains, j'oubliai quelque peu le traitement opératoire pour concentrer mon attention sur la thérapeutique interne.

Et cependant, ayant fait faire en juin 1870 et présidant la thèse d'un de mes élèves, Jean Laurent, sur l'*Intervention chirurgicale dans le traitement du tétanos traumatique* (Th. de Paris, n° 140) je déclarais, page 30, que je n'hésiterais pas à pratiquer la désarticulation d'un doigt dans le cas où les symptômes tétaniques me paraîtraient tenir à une lésion limitée à cette partie du corps.

Après cette digression, destinée à montrer chez moi toute absence de parti pris, je vais procéder à l'exposition des faits.

Obs. VI. — *Écrasement du bout du doigt; gangrène; amputation; tétanos cinq jours après; mort.*

En décembre 1892, un entrepreneur de travaux, age de cinquante-neuf ans, demeurant dans une localité infectée par le tétanos, s'écrase la phalangette de l'annulaire. Plaie réunie par la suture et pansée antiseptiquement. Le lendemain, le bout du doigt étant gangrené est amputé. Point d'accidents locaux ni généraux. Cinq jours plus tard, septième après l'accident, tétanos débutant par le trismus, continuant par la raideur de la nuque, l'opisthotonos, les convulsions et se terminant bientôt par la mort. (Observation tirée d'un travail de M. Beugnies (de Givet), et lue à la Société de chirurgie.)

L'amputation, bien que faite cinq jours avant le développement du tétanos, en quelque sorte préventivement, n'a point empêché celui-ci d'apparaître le septième jour, c'est-à-dire à l'échéance classique de la période d'incubation. Si donc elle n'a pas été nuisible, elle a été du moins inutile ou impuissante, si l'on veut.

On en peut dire tout autant des cas suivants qui m'ont été communiqués par M. Schwartz, l'un de nos jeunes chirurgiens les plus instruits.

Obs. VII. — *Écrasement de la main; accidents septicémiques. Amputation secondaire de l'avant-bras. Tétanos. Mort.*

Cochefert, 30 ans, charretier, d'une bonne constitution, et sans tare diathésique, a, le 6 avril 1891 au matin, la main gauche écrasée sous la roue d'une voiture chargée de fumier de cheval; la joue gauche présente également une éraflure légère.

A l'exception du pouce et de l'éminence thénar, le reste de la main est très endommagé; plaies multiples, fracture comminutive, arrachement de tendons, etc., on tente néanmoins la conservation. Bains phéniqués, pansement avec le sublimé au 1/1000e.

Le lendemain 7, temp. 39°,8. Commencement de sphacèle et de suppuration.

Le 8, temp. 39, incisions sur le dos de la main.

Le 9, lymphangite de l'avant-bras et symptômes de septicémie.

Le 10, amputation de l'avant-bras au tiers supérieur, à deux lambeaux. Réunion drainage.

Le 11, chute de la température à 37°,4.

Le 12, inflammation du moignon, désunion de la plaie et large écartement des lambeaux; pulvérisations phéniquées, pansement antiseptique ouvert.

Le 13 au matin, sept jours après l'accident, trismus.

On institue sur-le-champ le traitement par l'obscurité, le silence, l'immobilisation, 4 à 8 grammes de chloral; 3 centigrammes de morphine.

Malgré tout, le mal progresse, le tronc se courbe en arc à concavité gauche, c'est-à-dire du côté blessé. Mort le 16. Ascension à 41°,5 de la température *post mortem*. Point d'autopsie.

On remarquera ici l'association si commune dans les plaies souillées par le fumier de cheval pur ou mêlé à la terre, de la septicémie avec lésions locales phlegmoneuses et gangreneuses, et du tétanos. Comme dans les cas que j'ai jadis publiés, la septicémie gangreneuse ouvre rapidement la marche, vers le troisième jour, sinon plus tôt, et le tétanos apparaît comme d'ordinaire vers le septième jour. Comme il s'est montré ici exactement trois jours après l'amputation, il est à peu près certain qu'il existait déjà, encore latent, quand le chirurgien a pris le couteau; en d'autres termes, que les deux infections septicémique et tétanique se sont effectuées simultanément après la double inoculation de la blessure.

On notera que l'amputation n'a pas eu d'autre résultat que de faire tomber la température, mais qu'elle n'a modifié en rien ni l'heure d'apparition ni l'évolution, ni le pronostic du tétanos.

Je saisis, à propos de ce fait, l'occasion de faire une concession à M. Berger, à savoir :

Qu'au cas où je trouverais réunies ces trois conditions si spéciales : profession de charretier, plaies contuses graves de la main, contamination par du fumier de cheval, je jugerais peut-être prudent de pratiquer l'amputation, aussi immédiate que possible à titre de moyen prophylactique présentant quelque chance de succès (voir plus loin l'observation de M. Chiaïs).

M. Schwartz n'a pas été plus heureux dans le cas suivant, tout récemment observé.

Obs. VIII. — *Plaie de l'extrémité inférieure de l'avant-bras; septicémie gangreneuse rapide; amputation du bras le troisième jour; tétanos à marche foudroyante le septième jour.*

Un jeune homme tombant d'un arbre, à Robinson, dans un endroit où séjournent continuellement des voitures et des chevaux (1), se fait une fracture de l'extrémité inférieure de l'avant-bras avec plaie et issue des fragments qui s'implantent dans le sol.

Une septicémie gangreneuse et gazeuse surgit presque aussitôt et envahit le bras qu'on est obligé d'amputer à la partie supérieure le troisième jour.

La plaie est laissée ouverte à dessein et traitée par la pulvérisation phéniquée.

Elle avait le plus bel aspect et tous symptômes généraux avaient cessé lorsque, quatre jours plus tard, sept jours après la blessure, éclate un tétanos rapidement mortel.

M. Schwartz, en pratiquant l'amputation, avait déjà manifesté toutes ses craintes relativement à l'imminence du tétanos. (Communication orale.)

Le cas suivant, encore inédit, m'a été communiqué par M. le Dr Dussumier, de Bergerac.

(1) J'ai déjà cité un cas de tétanos contracté dans cette localité même. *Revue de chirurgie*, « Origine de pathogénie du tétanos », 1887, obs. CLXIII, p. 963.

Obs. IX. — *Fracture compliquée de la jambe; irrigation continue; phlegmon diffus; amputation; tétanos; mort.*

Esc..., cultivateur, sautant d'une voiture dont le cheval était emporté, tomba sur la route et se fit au bas de la jambe une fracture comminutive avec issue des fragments et ouverture de l'articulation tibio-tarsienne. Le membre placé dans une gouttière fut soumis à l'irrigation continue.

Au bout de huit jours environ, suppuration de l'articulation ouverte et phlegmon diffus de la jambe.

A la suite d'une consultation, on pratiqua l'amputation de la jambe au lieu d'élection, quinze jours après l'accident.

Pansement avec les compresses d'alcool campbré; excellent état de la plaie; cicatrisation très avancée, lorsque, le huitième jour exactement, le malade fut pris de trismus le matin à son réveil. On prescrivit aussitôt l'opium à haute dose; il en fut pris 75 centigr. dans la journée. Néanmoins, les symptômes prirent une telle intensité, que la mort survint la nuit suivante, dix-huit heures après l'apparition du trismus.

On attribua ce tétanos à l'impression du froid. En effet, on était au mois d'août et l'opéré tenait souvent sa fenêtre ouverte pendant la nuit.

Esc... soignait continuellement son cheval et les autres bestiaux de sa ferme. La route sur laquelle il tomba était incessamment parcourue par des voitures et des chariots traînés par chevaux, bœufs et mulets.

Ici je crains fort que l'amputation, après avoir assurément rendu service par la suppression des lésions graves de la jambe, n'ait été par contre funeste en ouvrant au virus tétanique, jusqu'alors confiné dans le foyer de la blessure première, une nouvelle et plus large porte d'entrée.

En effet, tout porte à croire que la plaie initiale, dans les conditions où elle s'était produite, avaient été simultanément infectée par le vibrion septique et le bacille tétanique, comme j'en ai cité maints exemples.

Jusqu'au quinzième jour, le premier avait occupé seul la scène pathologique; l'amputation le fait alors disparaître, ainsi que la septicémie symptomatique.

Mais ce facteur mis à l'écart, l'autre virus trahit à son tour son existence jusque-là ignorée et cela précisément au huitième jour, terme quasi réglementaire de l'incubation tétanique. D'où la vraisemblance de son transfert de la plaie accidentelle à la plaie d'amputation et infection de cette dernière, séance tenante, par le mécanisme bien connu de l'auto-inoculation traumatique (1).

Dans les trois précédents cas, l'amputation a devancé le tétanos sans modifier sensiblement la durée de son incubation, sa marche, son pronostic ni sa terminaison.

Dans l'observation suivante, recueillie par M. Duhouchet, interne des hôpitaux et que m'a communiquée mon cher élève, le Dr Guinard, chirurgien des hôpitaux, il paraît en avoir été tout autrement; pratiquée en plein tétanos, l'opération semble avoir manifestement aggravé le mal et hâté son issue fatale.

Obs. X. — *Plaie confuse des doigts; tétanos au treizième jour; amputation de l'avant-bras; morphine et chloral; injection d'antitoxine; mort.*

Sophie B..., cardeuse de chiffons, entre à l'hôpital Saint-An-

(1) Verneuil. *Revue de chirurgie*, 1883, p. 921.

toine le 16 mars 1893. Le matin même, elle avait eu la main prise dans une machine à carder, d'où résulta une plaie contuse, irrégulière, mâchée, avec section du bout des quatre derniers doigts.

M. le Dr Blum, chef du service, nettoya avec soin les plaies, régularisa celles des doigts, et fit un pansement sec.

Le 18, second pansement ; désinfection de la plaie, résection de quelques lambeaux déchirés, extraction de nombreux brins de crin et d'autres ordures, aussi, M. Blum exprime nettement ses craintes au sujet du tétanos.

Pansements humides et chaque jour bain phéniqué d'une heure.

Tout va bien jusqu'au 28 ; continuation des bains et des pansements humides ; suppuration peu abondante ; l'aspect de la plaie ne présente rien d'inquiétant.

Le 29 au matin, léger trismus et déviation à gauche des traits du visage ; mais ces symptômes étaient si peu marqués qu'on ne crut pas avoir affaire au tétanos, bien que le trismus s'exagérât quand la malade essayait d'ouvrir la bouche.

Le 31 mars, le doute n'était plus possible.

M. Guinard, qui avait pris le service, considérant l'amputation de l'avant-bras comme nécessaire, la fit pratiquer séance tenante et sous ses yeux par son interne.

La malade, placée sur la table d'opération, fut prise, avant l'administration du chloroforme et pour la première fois, d'une crise tétanique des plus violentes, avec telle contracture des muscles respiratoires, qu'on fut sur le point de pratiquer la trachéotomie d'urgence. Mais le spasme ayant cessé peu à peu l'amputation fut faite sans accident. L'opérée, enveloppée dans de l'ouate, fut placée dans une chambre sombre et soumise au traitement ordinaire par la morphine et le chloral à fortes doses.

Le jour même, à 2 heures de l'après-midi, M. Roux, à la sollicitation de M. Guinard, se rendit à l'hôpital et pratiqua lui-même une injection de 80 cc. de sérum antitétanique préparé par le procédé de Behring et Kitasato. Il prévint toutefois que ses expériences sur les animaux, aussi bien que ses essais dans divers cas de tétanos chez l'homme ne lui donnaient à peu près aucun espoir de réussir.

Dans la soirée, une nouvelle injection est faite et l'on continue le traitement interne ; mais rien n'arrêta la marche rapide du mal et la mort survint le lendemain à 8 heures du matin.

La main amputée fut remise à M. Roux, qui ne put y découvrir le bacille de Nicolaier.

L'étroite étendue d'un débat ne doit jamais faire négliger les enseignements de la pathologie générale qui s'y rapportent.

Déjà nous venons de voir le traumatisme, en cas d'association de deux maladies virulentes, agir différemment sur l'une, qu'il supprime, et sur l'autre qu'il fait éclore.

Il est non moins évident qu'une opération chirurgicale, alors même qu'elle donne un résultat primitif et local des plus satisfaisants, peut, s'il existe une autre maladie concomittante, l'aggraver vite, et à ce point que la mort s'en suive. C'est ce que voulaient exprimer nos pères en parlant de certains *morts gueris*, expression malheureuse, parce qu'elle prêtait à l'équivoque et à la raillerie, mais qui traduisait cependant un fait parfois exact. C'est ce que j'ai voulu vulgariser en signalant comme fort commune l'aggravation des propathies par le traumatisme accidentel ou opératoire.

Déjà dans la discussion de décembre dernier, j'avais cité en ces termes l'opinion d'un de nos plus distingués confrères de province, le professeur Poncet, de Lyon.

« En ce qui concerne, nous dit-il, l'amputation chez les tétaniques, je ne l'accepte, d'après la pratique de mes maîtres et ce que j'ai vu moi-même, qu'avec la plus grande réserve, ayant cru remarquer que, loin de guérir ou même d'enrayer la maladie, elle lui donnait plutôt un coup de fouet et transformait une forme plus ou moins lente en forme aiguë rapidement mortelle (1) ».

Suivent deux courtes notes à l'appui.

Or, c'est dans cette catégorie qu'il faut incontestablement ranger le fait de M. Guinard, que je ne songe nullement à blâmer, bien entendu, ayant trop de gratitude et de respect pour ceux qui ont le courage et la loyauté de confesser leurs revers mais qui s'est peut-être laissé trop facilement séduire par le premier travail de M. Berger. Remarquez, en effet, que chez Sophie B... le tétanos a éclaté seulement le troisième jour ; qu'évident sans doute, le lendemain, il n'avait encore acquis qu'une très médiocre intensité ; qu'il n'y avait ni phlegmon ni septicémie commandant le sacrifice du membre ; qu'on pouvait avoir affaire à une forme lente laissant prise à la thérapeutique chloralo-morphinique ; bref, que la vie n'était pas prochainement menacée. Or, sans qu'aucun des accidents opératoires vulgaires, locaux ou généraux, ait eu le temps de surgir, bien qu'un traitement complet et méthodique ait été aussitôt institué et que les injections d'antitoxine (laquelle, soit dit en passant, ne me paraît être qu'une seconde édition de la fameuse lymphe du professeur Koch), soient venues à la rescousse, la mort survint, quasi foudroyante, vingt-deux heures après l'opération.

Notez enfin, détail des plus intéressants sur lequel je reviendrai, que la suppression radicale du foyer inoculé était d'autant moins nécessaire que le bacille de Nicolaier ne s'y trouvait plus, ce qu'à la vérité on ne pouvait guère supposer.

(*A suivre.*)

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

RECHERCHES SUR LES MODIFICATIONS DE L'EXCRÉTION DE L'URÉE AU COURS DE CERTAINES MALADIES CHIRURGICALES ET SURTOUT APRÈS LES GRANDES OPÉRATIONS. CONSÉQUENCES AU POINT DE VUE DE LA THÉRAPEUTIQUE ET DES SOINS CONSÉCUTIFS (2),

Par M. JUST CHAMPIONNIÈRE.

Dans l'étude des maladies chirurgicales, on a cherché à tirer des examens de l'urine des éléments de diagnostic et de pronostic. En outre des grandes cachexies albuminuriques et diabétiques, on a pensé trouver dans la détermination du taux de l'urée un secours précieux pour le diagnostic. La diminution de l'urée chez les sujets atteints de cancers viscéraux a même paru, à certains chirurgiens, constituer un signe pathognomonique de ces cancers.

(1) *Bull. de l'Acad. de méd.*, 6 décembre 1891, p. 775.

(2) Académie des sciences, 29 mai 1893.

Depuis six années, j'ai fait étudier régulièrement tous les grands opérés de mon service. Antérieuremant, j'avais fait faire cette étude pour certains d'entre eux seulement et les conclusions qui suivent, obtennes après plusienrs centaines d'examens, sont sensiblement différentes de celles admises jusqu'ici.

La diminution du taux de l'urée, qui, du reste, s'accompagne habituellement d'une diminution parallèle de la quantité de liquide urinaire rendue, est bien loin de caractériser toujours les cancers viscéraux. On la trouve surtout dans les cas où ces cancers ont déjà déterminé une déchéance organique considérable; dans le cas où la santé générale est conservée, le taux est souvent voisin de la normale.

Cette diminution m'a paru plus commune dans les cancers des ovaires que dans les autres cancers viscéraux. On peut voir dans ces cas l'urée quotidienne abaissée de 6 grammes à 5 grammes, même à 3 grammes.

Toutefois, même avec les cancers des ovaires, on peut trouver le taux de l'urée à peu prés normal. J'ai depuis longtemps considéré cette condition comme favorable au point de vue opératoire. Ayant tenu compte de ce renseignement pour mes opérations, j'ai vu la mortalité si grave de ces sortes d'opérations faire place à des proportions de guérison véritablement satisfaisantes.

Mais, si j'ai trouvé que bien des maladies malignes s'accompagnaient encore d'un taux d'urée assez élevé, j'ai pu constater que certaines maladies non malignes des ovaires s'accompagnaient fréquemment d'une diminution extraordinaire du taux de l'urée. Ce sont surtout les petites lésions des ovaires, les ovarites à petits kystes désignées aussi sous le nom d'*ovarites scléro-kystiques*, qui ont présenté cette particularité. Dans ces cas l'abaissement du taux de l'urée témoigne d'une cachexie grave. Il nous fait comprendre que ces maladies des ovaires, que l'on considère d'ordinaire comme compatibles avec la survie, détruisent la santé générale mettent indirectement la vie en péril et méritent l'attention du médecin.

Si, chez ces cachectiques, on veut faire impunément des opérations, soit l'ablation des ovaires malades, il faut, par des soins, par le repos, par le régime, faire se remonter, au moins passagèrement, ce taux de l'urée.

Augmentation de la décharge de l'urée après les grandes opérations. — Quel que soit le taux primitif de l'urée dans l'urine aussitôt après l'opération, ce taux augmente dans d'extraordinaires proportions. C'est du premier au troisième jour après l'opération que se produit cette augmentation. Le maximum est ordinairement atteint le troisième jour, quelquefois le second. Cette élévalation est d'autant plus remarquable qu'à ce moment on ne pourrait la mettre sur le compte des *ingesta*. L'opéré que je soigne est toujours à la diète dans cette période.

Il est commun que le taux de l'urée soit triplé, il est souvent doublé. Si le chiffre était bas, il peut être proportionnellement énorme. Je l'ai vu passer de 5 grammes à 25 gr. Dans un cas de chiffre premier plus normal, j'ai vu, chez une femme, après une fixation de l'utérus à la paroi abdominale, le chiffre de l'urée excrétée passer de 13 grammes à 45 grammes le troisième jour.

En somme, il faut considérer cette élévation du taux de l'urée dans l'urine comme une conséquence directe des suites des opérations.

Au bout de quelques jours ce maximum s'abaisse, le sujet revient au voisinage de la normale, et si on l'avait trouvé très cachectique avec des abaissements habituels de l'urée, à la suite de l'opération qui l'a guéri, on le retrouve avec des chiffres normaux après la guérison.

J'ai ainsi retrouvé entre autres une femme, guérie par l'ablation d'ovaires à petits kystes. qui présentait 25 gr. d'urée quotidienne, alors qu'au moment de l'opération on n'avait constaté que 7 grammes, 8 grammes ou 10 grammes comme maximum.

Cette décharge nécessaire d'urée peut être expliquée par l'ébranlement du système nerveux, soit par la résorption des épanchements sanguins, soit surtout par la résorption nécessaire d'éléments anatomiques nombreux compromis par le traumatisme.

En tous cas, au point de vue de la pratique chirurgicale, elle demande un rein, sinon sain, du moins suffisant.

Pour l'accomplissement de cette fonction, le rein doit être aidé dans la mesure du possible. Or, le premier secours qu'on puisse lui donner, c'est de ne pas ajouter à ses nécessités d'élimination par l'administration des purgatifs. Cette administration, qui m'a toujours paru plus particulièrement précieuse dans la chirurgie abdominale, doit être faite après toutes les opérations.

On revient ainsi, par suite d'une observation scientifique rigoureuse, à deux pratiques de la chirurgie du passé, trop abandonnées de nos jours, la diète et les purgatifs dans les jours qui suivent les opérations.

J'estime donc que l'examen du taux de l'urée doit procéder et suivre toutes les opérations. Il donne de précieuses indications sur l'état de la santé générale du sujet et sur certaines préparations qu'il est nécessaire de lui faire subir.

Cet examen nous apprend aussi que l'opéré étant tenu de consommer une partie de lui-même, il n'y a pour lui aucune nécessité d'alimentation immédiate. Au contraire, cette alimentation peut être pernicieuse.

D'après certains faits que j'ai observés, il y aurait intérêt à étudier chez les sujets à opérer non seulement ceux qui présentent une diminution de l'urée, mais aussi ceux qui en présentent un excès. J'ai vu survenir certaines complications opératoires chez des sujets qui, avant toute opération, avaient eu dans l'urine des excès considérables d'urée.

REVUE DES JOURNAUX

I. — Un cas de conception pendant la période puerpérale; discussion, par le Dr Krœnig. (*Centralblatt für Gynækologie*, 1893, n° 19, p. 454.)

Une observation communiquée par M. Krönig, à l'une des dernières séances de la Société d'obstétrique de Leipzig, et qui concerne un exemple de conception survenue quatre jours après une délivrance, offre de l'intérêt à plusieurs points de vue, ainsi que l'ont fait ressortir les réflexions de l'auteur et la discussion qui a suivi.

Le sujet de cette observation, une femme de 22 ans, avait toujours été d'une bonne santé avant et dans l'intervalle de ses deux grossesses. Elle avait toujours été bien réglée (toutes les quatre semaines).

Le 4 juillet 1892, elle avait mis au monde son premier en-

fant, qui est encore en vie. Le premier né a été nourri au sein par la mère, durant les dix premiers jours.

Le 8, c'est-à-dire le quatrième jour après sa délivrance, la femme en question s'est livrée au coït; puis, pendant trois mois elle s'est abstenue de tout rapport sexuel. Elle n'avait pas revu ses règles, dans la suite, par la bonne raison qu'elle était redevenue enceinte. Au mois de novembre 1892, elle avait senti l'enfant remuer pour la première fois. Elle accoucha le 10 mars 1893, d'un enfant qui présentait tous les signes de la maturité, dont la taille mesurait 52 centimètres et qui pesait 3.550 grammes.

Donc, calculée depuis la date du coït fécondant, la durée de cette seconde grossesse se chiffrait par deux cent quarante-trois jours; elle était donc inférieure de vingt-sept jours à la moyenne normale.

Indépendamment de la courte durée de la grossesse, ce fait présente un autre intérêt, qui réside dans les circonstances spéciales dans lesquelles s'est opérée la fécondation. Une opinion dominante parmi les physiologistes veut que l'ovulation soit complètement supprimée pendant la grossesse et ne se rétablisse qu'au moment du retour des règles ou un peu avant, c'est-à-dire environ six à huit semaines après la délivrance, chez les femmes qui n'allaitent pas. En admettant que les choses se fussent passées ainsi chez la femme en question, il faudrait supposer au spermatozoïde fécondant une durée de vie extraordinairement longue. A ce propos, M. Krönig a rappelé que Bozzi (de Gênes) a trouvé des spermatozoïdes vivants dans le vagin d'une femme, dix-sept jours après le coït. Toutefois, l'hypothèse invoquée ci-dessus peut être exclue, dans l'interprétation du cas relaté par Krönig, car en admettant qu'elle fût exacte, on serait amené à attribuer à la grossesse subséquente une durée beaucoup trop courte.

Donc, une autre hypothèse qui s'impose ici est celle qui consiste à admettre que chez cette femme, l'ovulation s'est opérée indépendamment de toute menstruation. Les recherches de Lawson Tait, de Léopold, etc., nous ont fourni la preuve à peu près certaine qu'un follicule de l'ovaire peut se rompre pendant une période inter-menstruelle. Par contre, nous ne possédons pas de données précises sur l'état des follicules de l'ovaire, dans les premiers temps qui suivent la délivrance, lacune regrettable en tant qu'il s'agit de l'interprétation du cas relaté ci-dessus. Comme il faut un certain temps au follicule pour arriver à maturation et être prêt à se rompre, on pourrait peut-être conclure du cas en question à l'inexactitude de la théorie suivant laquelle l'ovulation est complètement suspendue pendant la grossesse; on pourrait conclure que très vraisemblablement les fonctions ovariennes conservent leur activité fonctionnelle pendant la gestation, mais dans une mesure amoindrie, de telle sorte que les follicules de Graefe ne parviennent pas à complète maturation, sauf dans des circonstances tout à fait exceptionnelles.

Un autre point qui se pose à propos du cas relaté par Krönig est relatif à la question de savoir combien de temps après la délivrance la muqueuse utérine est redevenue apte à servir de lieu d'implantation à un ovule fécondé. Au moment de la délivrance, une partie de la muqueuse utérine est expulsée en même temps que le placenta. Immédiatement après, la surface interne de l'utérus est comparable à une vaste plaie, et il semble qu'à ce moment-là l'implantation d'un œuf soit chose impossible. Mais très peu de temps après la naissance, la couche de tissu qu'on trouve au-dessus des éléments glandulaires se trouve détruite. Pendant la première période de l'involution normale de l'utérus, c'est-à-dire au bout des trois ou quatre premiers jours, elle n'existe plus. Puis les glandes confluent, par suite de la dégénérescence graisseuse du tissu conjonctif qui les séparait les unes des autres. Il résulte de là que toute la surface interne de l'utérus est tapissée par un revêtement épithélial presque continu. D'où l'on peut conclure que très vraisemblablement dans les premiers temps de l'involution utérine l'implantation de l'ovule fécondé est possible à la surface interne de l'utérus.

En somme M. Krönig croie pouvoir tirer de son observation les conclusions suivantes :

1° Après une durée de gestation de 243 jours, comptée à partir de l'époque du coït fécondant, une femme peut mettre au jour un enfant à terme;

2° Le spermatozoïde reste viable dans la sécrétion lochiale;

3° L'activité fonctionnelle des ovaires n'est pas complètement suspendue pendant la grossesse; les follicules de Graeffe mûrissent de telle sorte qu'ils peuvent se rompre déjà peu de temps après la délivrance;

4° La menstruation et l'ovulation peuvent évoluer indépendamment l'une de l'autre;

5° Chez les femmes vigoureuses, pendant la période des suites de couches, il peut se faire une régénération rapide de la muqueuse utérine, qui rend possible l'implantation de l'ovule fécondé, dans les premiers temps de la période puerpérale.

— Dans la discussion qu'a soulevée cette communication M. Rösger a fait savoir que sur des utérus de femmes mortes deux jours après un accouchement il a constaté la présence de cryptes glandulaires, sur l'endométrium, qui eussent rendu possible l'implantation d'un ovule. Seul le lieu d'implantation du placenta sur la paroi interne de l'utérus peut être comparé à une plaie, après la délivrance.

A titre de curiosité M. Rœsger a cité un cas de *coït intra partum.*

M. Zweifel a fait remarquer qu'il n'est pas à nier qu'après expulsion du placenta, des îlots d'épithélium comprenant des cellules épithéliales glandulaires cylindriques allongées subsistent à la face interne de l'utérus, et qui suffisent pour permettre l'implantation d'un ovule. M. Zweifel ne pense pas que le cas relaté par Krœnig puisse être invoqué comme une preuve de l'indépendance de l'ovulation et de la menstruation.

M. Dœderlein a fait ressortir l'intérêt qu'offre le cas en question, eu égard à la détermination de la durée de la grossesse. On évalue généralement à deux cent quatre-vingts jours la durée moyenne de la grossesse, comptée à partir de la dernière menstruation, et à deux cent soixante-treize jours, lorsque cette durée est comptée à partir du coït présumé fécondant. M. Dœderlein s'est donné pour tâche de vérifier l'exactitude de ces chiffres. Son enquête a porté sur 1.500 femmes en couches, ayant mis au monde des enfants à terme. Il est arrivé à ce résultat, annoncé déjà par d'autres observateurs, que la durée normale de la grossesse oscille entre quarante et quarante-quatre semaines. Mais dans la grande majorité des cas cette durée est de quarante semaines. Les cas de grossesse dont le terme échoit au bout de la trente-sixième semaine et ceux où la gestation a une durée de quarante-quatre semaines sont à peu près également nombreux. Mais ces derniers sont évidemment passibles d'une rectification;

en ce sens que la durée de la grossesse doit être ramenée à 40 semaines, soit que la conception ait été suivie d'une époque menstruelle, soit qu'elle ait eu lieu au moment de la période des premières règles supprimées. Cette dernière éventualité doit se réaliser assez souvent si on s'en rapporte aux résultats des recherches de His. En somme, les grossesses à terme d'une durée de 37, 38, 39, 41, 42 ou 43 semaines sont relativement rares, et on peut fixer à quarante semaines la durée normale de la gestation, dans la très grande majorité des cas.

M. Hennig a posé comme axiome que la durée de la maturation de l'œuf humain est sujette à des variations, et qu'elle dépend à la fois de la nature du sperme et de la nature de l'ovaire.

E. RICKLIN.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

THÉRAPEUTIQUE PHYSIOLOGIQUE DU CŒUR, par le professeur G. SÉE.

Le nouvel ouvrage de M. le professeur Sée est le tome huitième de la série que, avec la collaboration de M. Labadie-Lagrave, il a publié sous le titre général de *Médecine clinique*, et le tome second du *Traité des maladies du cœur.* Il se divise en quatre parties.

La première est consacrée à la physiologie du cœur, d'abord à l'état normal, ensuite à l'état pathologique. Dans ce dernier cas, les phénomènes de compensation sont étudiés avec le plus grand soin. La nutrition du cœur, sain ou malade, dans son rapport avec le travail de l'organe, donne lieu à des développements du plus haut intérêt, d'où l'auteur tire des enseignements éminemment pratiques relativement à la ration alimentaire de l'homme sain et au régime du cardiaque.

Dans la seconde partie, M. Sée étudie les médicaments cardiaques qui sont pour lui, avant tout, sinon exclusivement, des médicaments régulateurs et qu'il divise en trois groupes :

1° Le groupe des iodures, qui servent de type vasculo-cardiaque, et sont des vaso-dilatateurs puissants. Ils agissent comme régulateurs, d'un côté en dilatant les vaisseaux et favorisant ainsi la circulation ; de l'autre en exerçant sur le cœur une action systolique énergique et en relevant la pression que la vaso-dilatation tend à faire fléchir.

A ce groupe l'auteur rattache divers vaso-moteurs, tels que le chloral, le nitrite d'amyle, qui sont des vaso-dilatateurs énergiques, la strychnine, l'ergotine qui sont des vaso-constricteurs dont l'action d'ailleurs n'est ni régulière, ni constante.

2° Le groupe des digitaliques, qui représente le type du médicament cardiaque régulateur, agit peu sur la vaso-motricité et la pression, mais porte son action sur l'élasticité du cœur et détermine une large diastole, puis une forte systole du ventricule rempli. Ce groupe comprend, entre autres, à côté de la digitale et de la digitaline, la strophantine, la spartéine, la convallamarine, l'adonidine, l'atropine même, qui n'est l'antagoniste de la digitale qu'au point de vue du rhythme et de la fréquence des pulsations du cœur ;

3° Le groupe des caféiques, qui représente le type diurétique. D'après M. Sée, la caféine n'agit, comme on l'a avancé, ni sur le cœur comme tonique, ni sur les vaisseaux pour augmenter la pression ; elle régularise et rétablit le trouble de compensation en produisant la diurèse par son action directe sur les éléments sécréteurs de l'urine. Le groupe des régulateurs diurétiques comprend, après la caféine, la théobromine, le lait et la lactose, la scille, le calomel, etc.

A côté de ces trois groupes fondamentaux de la médecine cardiaque ou régulatrice, M. Sée place un groupe additionnel constitué par le type régulateur respiratoire, dont les iodures et la morphine forment les principaux éléments, et des médications ou médicaments auxiliaires et accessoires qu'il divise en :

a. Auxiliaires respiratoires (iodures, morphine, atropine, pyridine, oxygène, aérothérapie) ;

b. Auxiliaires calmants (anesthésiques : chloroforme, éther ; — somnifères : sulfonal, chloralamide, paraldéhyde ; — sédatifs: bromure de potassium, cannabis indica; — paralgésiants : antipyrine, phénacétine, etc.) ;

c. Auxiliaires dits fortifiants (quinine, arsenic, fer, alcool) ;

d. Accessoires évacuants ou dépresseurs (purgatifs, sudorifique, bains, saignées, dérivatifs, révulsifs).

Pour chacun de ces groupes, pour chaque médication, pour chaque médicament, M. Sée étudie l'action physiologique, à propos de laquelle il rappelle et discute les recherches et les opinions des principaux auteurs français et étrangers, sans oublier, il va sans dire, le contingent personnel qu'il a fourni à ces travaux, et il en déduit les indications et les contre-indications thérapeutiques.

La troisième et la quatrième parties, consacrées, l'une au traitement des symptômes, l'autre au traitement des lésions des maladies du cœur, sont comme la synthèse clinique des données longuement développées dans les chapitres précédents.

A propos des symptômes, M. Sée passe successivement en revue les troubles cardiaques proprement dits (arythmie, tachycardie, bradycardie, palpitations, cardiodynie, cardialgie), et les symptômes extra-cardiaques, ayant pour siége ou substratum les poumons (polypnée, dyspnée, asthme cardiaque) ; l'estomac et les intestins (dyspepsies) ; le foie (ictère, ascite, hémorrhoïdes, dyspepsie biliaire) ; les reins (albuminurie, hydropisie) ; l'encéphale (vertiges, insomnie, céphalée, troubles psychiques.)

Relativement aux lésions cardio-vasculaires, après les lésions artérielles (artériosclérose générale, artériosclérose coronaire donnant lieu à l'angine de poitrine), et les lésions valvulaires (rétrécissements et insuffisances), il consacre un des chapitres les plus intéressants aux maladies et aux lésions du myocarde.

L'ouvrage se termine par un appendice contenant des notes de pratique sur les cardiopathies selon les âges, le sexe, la constitution, l'état de santé antérieur ou actuel (maladies cardiaques héréditaires et congénitales, cardiopathies de la puberté, de la puerpéralité, de la ménopause, de la vieillesse, des forts et des faibles, des aliénés, des diabétiques, des arthritiques et des goutteux, des neurasthéniques).

Nous n'avons nullement, par l'aperçu sommaire qui précède et qui indique surtout l'ordre des sujets traités par M. Sée, la prétention de donner une idée d'un ouvrage auquel ses vues personnelles de l'auteur et son esprit critique donnent un haut caractère d'originalité. Un pareil ouvrage ne se prête pas d'ailleurs à l'analyse : on le lit, ou plutôt on le consulte, car le nombre et l'importance des matériaux qui y sont accumulés, la multiplicité et la difficulté des problèmes physiologiques et thérapeutiques qui y sont abordés et discutés, obligent le lec-

teur, après chaque chapitre, à la réflexion, à la méditation. On est le plus souvent séduit par les conceptions de l'auteur et les considérations par lesquelles il les appuie; on n'est pas toujours entièrement convaincu.

C'est sans doute parce que, entre l'ancien empirisme auquel M. Sée a déclaré la guerre et la thérapeutique physiologique qu'il concourt à édifier, nous traversons une période de transition pendant laquelle tous les esprits ne sont pas également ouverts aux idées nouvelles. Il est, du reste, permis de penser, tout en acceptant d'une manière générale la subordination de la thérapeutique à la physiologie normale et pathologique, que, dans nombre de cas, celle-ci sera impuissante ou insuffisante à guider le praticien, et qu'il faudra s'en tenir à l'observation clinique pure et simple, c'est-à-dire à un empirisme éclairé, comme celui que professait le plus éminent et le plus illustre des prédécesseurs de M. Sée, Trousseau. M. Sée lui-même, dans une communication récente à l'Académie de médecine, en a fourni un exemple en présentant la nucléine qui, à doses égales, ne produit pas chez l'homme sain d'effet appréciable, tandis que, chez le tuberculeux, elle détermine un mouvement réactionnel parfois extrêmement intense.

En ce qui concerne les maladies du cœur, et c'est là l'idée générale qui a inspiré le livre de M. Sée, on doit, comme base de la thérapeutique, substituer les données de la physiologie pathologique à celles de l'anatomie pathologique, ou, si l'on veut, les indications fournies par les troubles fonctionnels à celles qui semblent résulter des lésions organiques. Celles-ci, en effet, comme la plupart des lésions valvulaires, échappent le plus souvent à notre intervention thérapeutique, mais le fonctionnement du cœur acquiert par cela même des caractères particuliers, pas toujours en rapport avec la nature ou l'étendue des lésions, et c'est cette physiologie pathologique du cœur qu'il importe d'étudier, de connaître pour la ramener le plus possible vers le type normal; c'est elle qui devient la source des principales, sinon de toutes les indications.

A ce point de vue, des trois éléments qui constituent le système cardiaque, le muscle, les vaisseaux, les nerfs, c'est le muscle, c'est le myocarde qui, suivant M. Sée, domine toute la physiologie, en particulier la physiologie pathologique. « C'est le muscle cardiaque, dit-il, qui est tout; il n'est pas seulement le moteur automatique de la circulation. Après diverses atteintes portées à sa force, il peut lui-même tout réparer en compensant, en surmontant des résistances, en vidant le trop-plein des ventricules, et cela par le travail en plus que le cœur exécute sans avoir recours à l'influence nerveuse. »

Ces quelques lignes suffiront sans doute pour montrer dans quel esprit philosophique M. Sée a écrit son livre, dans lequel on rencontre intimement unies les plus hautes qualités du physiologiste, du clinicien, du savant et du critique.

Dr F. de Ranse.

Du lait stérilisé; son emploi dans l'alimentation du nouveau-né, par le Dr A. Chavane, ancien interne des hôpitaux de Paris, ancien interne de la Maternité de Paris et du service d'accouchements de l'hôpital de la Charité. — Sociétés d'éditions scientifiques. Paris, 1893.

De cette excellente thèse, nous n'avons guère qu'à donner les conclusions, toutes d'actualité aujourd'hui, que les questions de dépopulation et de protection de l'enfance sont à l'ordre du jour.

I. L'alimentation au sein maternel est la seule qui soit naturelle. Le médecin doit faire tous ses efforts pour qu'elle soit employée de préférence à toutes les autres.

II. Dans le cas où la mère ne peut nourrir elle-même son enfant, il faut, quand cela est possible, recourir à une nourrice mercenaire.

III. Il est préférable, quand l'alimentation exclusive au sein est impossible, de recourir à l'alimentation mixte, c'est-à-dire d'ajouter une quantité variable d'un lait animal.

IV. On ne soumettra le nouveau-né à une alimentation artificielle que dans le cas où ce sera *absolument nécessaire*. Quel que soit le peu de lait que l'enfant puise au sein maternel, il ne faut pas négliger cette quantité si minime qu'elle soit au début. Il n'est pas rare que la sécrétion s'établisse plus abondante dans la suite.

V. Le lait d'ânesse est un excellent lait pour le nouveau-né. Pourtant, il s'altère vite, son prix de revient est très élevé, il est difficile à se procurer. Mais c'est lui qui se rapproche le plus du lait de femme.

VI. Le lait de vache cru a des inconvénients inhérents à la difficulté de sa digestion, aux germes dont il est chargé soit primitivement au sortir du pis de l'animal, soit consécutivement par les ensemencements qui ont lieu après la traite.

VII. L'ébullition du lait remédie en partie à ces désavantages, mais le lait reste d'une digestion difficile. Il faut éviter qu'après cette opération le lait s'ensemence de nouveau; l'ébullition doit donc précéder immédiatement chaque tétée.

VIII. Le lait de vache stérilisé au bain-marie, c'est-à-dire à 100°, est plus facilement digéré que les deux précédents.

IX. Les nouveaux appareils qui permettent de faire la stérilisation du lait chez soi rendent son emploi plus étendu et plus sûr.

X. La stérilisation ne doit viser que la provision de la journée. Elle sera, comme le conseille Soxhlet, divisée en un nombre de petites bouteilles correspondant à celui des repas de l'enfant.

XI. Le lait stérilisé doit être donné pur, sans coupage.

XII. Il faut, avant de donner le lait à l'enfant, prendre les précautions suivantes :

1° Constater pour chaque bouteille que l'opération de la stérilisation a réussi et que le vide persiste;

2° Ne faire sauter le mode de fermeture qu'au moment même du repas du nourrisson;

3° Goûter le lait pour s'assurer de sa température et de sa qualité.

XIII. On ne doit jamais employer le lait d'une bouteille déjà entamée et qui est restée débouchée un certain temps, non plus que celui contenu dans une bouteille mal fermée.

XIV. Les enfants recevront dès le jour de leur naissance, une quantité de lait proportionnelle à leur poids initial. On diminuera ainsi, autant que faire se peut, la perte de poids des premiers jours.

XV. L'administration du lait stérilisé tire son avantage : 1° de sa facile digestion; 2° de ce qu'on peut le faire passer directement, de la bouteille stérilisée qui le contient, dans le tube digestif de l'enfant.

XVI. Il nous paraît impossible, si on n'a pas recours aux pesées, de diriger l'allaitement du nouveau-né et de décider si l'alimentation au sein est suffisante ou s'il faut recourir à l'allaitement mixte ou à l'allaitement artificiel.

XVII. Les pesées de l'enfant doivent être journalières et être faites toujours à la même heure.

XVIII. Nous avons, dans un certain nombre de cas, donné du lait stérilisé pur aux enfants nés prématurément, ils l'ont très bien digéré.

R. FAURE-MILLER.

BULLETIN

On peut dire que l'événement de la semaine, au point de vue médical, a été la communication de M. Dieulafoy à l'Académie, au sujet de la maladie de Bright. Il n'y avait cependant rien d'absolument nouveau dans cette communication, car la Société médicale des hôpitaux avait déjà eu la primeur des faits dont elle renferme l'exposé, et des conclusions que l'auteur a cru devoir en tirer. Mais elle prenait plus d'importance dès l'instant où elle était portée devant une assemblée dont les débats ont généralement plus de retentissement au dehors. C'est en quelque sorte la revision d'une des plus vastes questions de la pathologie que M. Dieulafoy réclame, quand il vient critiquer les données traditionnelles concernant la valeur de l'albuminurie dans les néphrites, et affirmer que le cadre symptomatique de celles-ci doit être élargi bien au-delà des limites que Bright et son successeur lui avaient assignées. Il y aurait sur ce point matière à une longue discussion qui serait hors de propos ici, et dont la place est marquée plutôt dans une revue générale ou dans un article consacré aux questions du jour. Tout au plus pouvons-nous formuler une vue d'ensemble sur la portée de cette communication.

Il est certain, par exemple, que la valeur du phénomène albuminurie a été singulièrement exagérée. Bon nombre de sujets présentent ce phénomène pendant des mois et même pendant des années, sans que leur santé générale en paraisse le moins du monde affectée. Cette constatation est évidemment contradictoire de l'hypothèse d'une néphrite, ou du moins elle ne s'accorde pas avec l'existence d'une lésion qui est toujours grave par elle-même. Que la chose soit plus fréquente qu'on ne pense, assez fréquente même pour justifier la théorie de l'albuminurie *physiologique*, cela importe médiocrement: l'essentiel est de la connaître et de savoir en tenir compte au point de vue du pronostic.

Inversement, comme le dit M. Dieulafoy, une néphrite peut exister et ne traduire sa présence par aucune trace d'albumine. Cette dernière proposition était, du reste, contenue en germe dans les travaux récents qui nous ont montré que certaines lésions rénales, particulièrement celles du type artériel, peuvent évoluer sans albuminurie, ou en ne donnant lieu qu'à de faibles traces de celle-ci. Sur ces divers points M. Dieulafoy semble avoir tout à fait raison, et on peut dire en toute vérité que les deux termes *albuminurie* et *néphrite* ont cessé dès à présent de représenter une équation pathologique, et qu'ils doivent désormais être séparés l'un de l'autre. Doit-on aller plus loin, et convient-il de refaire sur les bases nouvelles la description de la maladie de Bright, ainsi que notre maître en a indiqué la nécessité?

Sur cette dernière question, nous avons pu surprendre la trace de nombreuses restrictions et réserves dans l'auditoire d'ailleurs fort attentif qui écoutait mardi la communication magistrale de M. Dieulafoy. Ici l'impression générale était que l'auteur avait obéi à une vue de l'esprit, à une interprétation préméditée, plutôt qu'il ne s'était laissé guider par l'examen calme et impartial des faits. La multiplication excessive, presque indéfinie, des symptômes attribuables à une seule et même maladie, donne à cette conception un caractère hypothétique qui ne peut favoriser la cause au service de laquelle M. Dieulafoy a mis tout son talent d'exposition. N'est-il pas à craindre qu'en élargissant ainsi le cadre clinique d'une maladie déjà si vaste, on en recule les limites jusqu'à invraisemblance? On pourrait alors adresser à la maladie de Bright le reproche que M. Dieulafoy lui-même adressait précisément à la théorie de l'artériosclérose: à force d'en étendre le domaine, on finira par affaiblir et peut-être par détruire son individualité nosologique, assez distincte jusqu'à ce jour. Telles sont les réflexions que nous avons entendu formuler autour de nous, pendant cette lecture d'ailleurs pleine d'intérêt. Nous nous contenterons de les transcrire ici, et nous exprimerons l'espoir que la discussion inaugurée mardi fasse jaillir la lumière et ramène en même temps la question à ses véritables proportions.

— La méthode des injections sous-cutanées d'extraits d'organes, cette méthode dont M. Brown-Séquard a été le créateur, a trouvé de nombreux adhérents, plus ou moins convaincus, dont l'appoint lui assure de sérieuses chances de longévité. Les applications en ont d'ailleurs été multipliées à l'extrême, on pourrait même dire à l'excès, car les véritables indications en étaient primitivement beaucoup plus limitées. De temps à autre cependant, des voix discordantes s'élèvent au milieu de l'approbation générale et viennent remettre en question l'opportunité de ce nouveau moyen thérapeutique vis-à-vis de telle où telle maladie, sinon sa valeur absolue. C'est ainsi que M. Féré vient de rapporter devant la Société de biologie, une série d'observations dans lesquelles on constate que ce moyen a échoué d'une manière à peu près complète. Il s'agissait, dans l'espèce, du traitement de l'épilepsie, ou plûtot de l'état de neurasthénie et de dépression qui accompagne souvent cette grave névrose. Notre savant confrère affirme n'avoir retiré aucun résultat des injections qu'il a pratiquées chez ses malades, avec une certaine persévérance. Il n'en a pas obtenu davantage avec la méthode de la simple excitation sexuelle employée, d'après les indications de M. Brown-Séquard, chez des individus livrés à des travaux intellectuels qui nécessitaient une force de production particulière. De ces faits négatifs doit-on tirer une conclusion également négative en ce qui concerne la valeur de la méthode? Ce serait aller un peu vite, et nous devons ici prendre acte des protestations de M. Brown-Séquard, qui a répudié toute déduction de ce genre, comme étant infirmée d'avance par le caractère même des faits invoqués. Toujours est-il que ceux-ci ne sont guère favorables à une méthode un peu trop vantée peut-être jusqu'à présent. Une enquête bien menée ferait connaître sans doute bien d'autres échecs qui sont restés dans l'ombre, dissimulés ou ignorés. Mais la vogue est aux injections d'extraits d'organes, et c'est le temps seul qui prononcera sur leur valeur thérapeutique, qui décidera si elles doivent survivre aux premiers essais et prendre définitivement place parmi les médications véritablement utiles.

— La question des intoxications alimentaires a été soulevée à nouveau devant la Société médicale des hôpitaux par une communication de M. Juhel-Renoy relative à des accidents

infectieux qui reconnaissaient vraisemblablement cette origine. Des objections sérieuses ont été adressées à l'auteur; on a pu lui demander s'il avait bien interprété l'origine de ces accidents, et si ces derniers ne relevaient pas d'une cause plus commune et plus banale (influenza, grippe, fièvre typhoïde). Quoiqu'il en soit, notre confrère a eu la bonne fortune de rappeler l'attention sur une des questions les plus intéressantes et les plus neuves de toute la pathologie. Précédemment, dans ce même journal, nous avons eu occasion de résumer un important mémoire de MM. Labit et Pollin sur le même sujet, et nous avons montré, d'après les nombreux faits qui s'y trouvent consignés, que les intoxications alimentaires peuvent offrir des formes très variées et offrir une gravité qui ne le cède à celle d'aucun autre état infectieux, puisqu'elles peuvent se terminer par la mort. Il faudrait donc que toutes les observations présentées dans cet ordre d'idées fussent pourvues d'un contrôle et d'une garantie suffisantes pour enlever tout prétexte à la critique, pour annihiler d'avance toute objection. On arriverait ainsi, en peu de temps, à faire l'histoire complète d'une catégorie d'accidents qui, faute de notions chimiques et physiologiques suffisantes, ont pu rester longtemps inexplicables et inexpliqués.

— En terminant, nous sommes heureux d'annoncer l'élection de M. Debove, qui a été nommé membre de l'Académie de médecine, sur 56 voix sur 68 votants. C'est là un beau succès, qui sera considéré par tous comme la sanction méritée d'une carrière laborieuse, déjà marquée par des travaux importants et par d'ingénieuses découvertes.

P. M.

NOTES ET INFORMATIONS

Inauguration de la statue de Théophraste Renaudot. — Cette inauguration a eu lieu le 4 juin, rue de Lutèce, en présence de M. le président du Conseil, ministre de l'Intérieur. Cérémonie fort intéressante. Après le discours du ministre, M. Claretie, président du Comité, a remis la statue à la Ville de Paris; M. Humbert, président du Conseil municipal a répondu; le préfet de la Seine, M. Poubelle, a pris pour sujet de discours, l'Assistance publique et le Mont-de-Piété; le doyen, M. Brouardel, a parlé au nom de la Faculté, M. Cadet de Gassicourt, au nom du corps médical, et M. le prof. Grasset représentait l'Université de Montpellier. Il serait utile de réunir ces divers discours, — un seul a fait défaut, croyons-nous, celui des journalistes, — en une brochure. La statue due au statuaire Boucher est fort belle. Le secrétaire du Comité, notre laborieux confrère, M. Gilles de la Tourette, plus heureux que ses devanciers, parce qu'il a été plus tenace, a été récompensé de ses peines, et séance tenante, M. le ministre l'a proclamé chevalier de la Légion d'honneur. Cela est de toute justice.

Logements insalubres. — Le *Bulletin municipal officiel* du 6 juin contient un intéressant rapport de M. H. Bunel, sur l'insalubrité résultant du cantonnement de forains et nomades sur les terrains du 13e arrondissement. Il y a là, rue du Château-des-Rentiers, des baraques en planches, cubant souvent moins de 8 à 10 mètres, dans lesquelles demeurent plusieurs personnes, parfois avec des animaux. Il n'y a point de cabinets d'aisances et les eaux et détritus du ménage stagnent sur le sol d'alentour plat et sans pentes pour l'écoulement. Il est bon de faire remarquer qu'il s'agit de Paris, en 1893!

Hôpital de Saintes. — La loi qui autorise la ville de Saintes à emprunter une somme de 587.000 francs pour agrandissement et appropriation de l'hôpital, est promulguée, à la date du 5 juin 1893.

Mouvement de la population en France en 1891. — Le résultat brut du mouvement de la population en France de 1881 à 1891, est donné par le tableau suivant:

Années.	Naissances.	Décès.	Excédent des naissances.	Excédent des décès.
1881........	937.057	828.828	108.229	»
1882	935.566	838.539	97.027	»
1883........	937.944	841.141	96.703	»
1884........	937.758	858.784	78.974	»
1885........	924.558	836.897	87.661	»
1886........	912.838	860.222	57.616	»
1887..	899.333	842.797	56.536	»
1888........	882.639	837.867	44.772	»
1889	880.579	794.933	86.646	»
1890........	838.059	876.505	»	38.446
1891	866.377	876.882	»	10.505

Il résulte de ce tableau que, dans l'année 1891 comme dans l'année 1890, les décès l'ont emporté sur les naissances. Cela tient à deux causes: d'une part à une forte mortalité, puisque depuis 1871 la mortalité n'avait pas été aussi considérable qu'en 1891, et, d'autre part, à la faiblesse de la natalité. On doit espérer que cette forte mortalité, due en partie à l'influenza, diminuera en 1892; mais il n'y a pas malheureusement à espérer que la natalité augmentera. La décroissance est régulière, et, quoiqu'il y ait eu 28 000 naissances de plus en 1891 qu'en 1890, la natalité en 1891 est, à part 1890, la plus faible de ce siècle, non seulement en chiffre relatif, mais encore en chiffre absolu.

Les départements, qui, en 1891, ont perdu plus de 3.000 sont: la Gironde, qui perd 3.736; le Maine-et-Loire, qui perd 3.463; l'Orne, qui perd 3.198; et les départements qui gagnent plus de 3.000 sont: le Nord, 12.823; le Pas-de-Calais, 7.737; la Seine, 5.498, et le Finistère, 4.946.

Le taux moyen de natalité pour toute la France est de 22,6 pour 1.000 habitants variant de 13,8 dans le Gers, jusqu'à 32,8 dans le Finistère. Ce chiffre moyen de 22,6 est d'une extrême faiblesse, juste la moitié du taux de natalité qu'on constate en Russie.

Dans le groupe formé par les 6 départements contigus de la Haute-Garonne, des Hautes-Pyrénées, du Gers, du Tarn-et-Garonne, du Lot-et-Garonne et du Lot, la natalité est restée au-dessous de 18 pour 1.000.

Smithsonian Institution. — *Prix Hodgkins.* — Ce prix ou plutôt cette série de prix, doit être distribué cette année. Nous remarquons, entre autres, une somme de 50.000 francs, destinée au meilleur travail sur l'étude des relations de l'air atmosphérique avec la santé. (S'adresser au secrétariat de l'Institution, à Washington.)

Congrès médical américain. — Un Congrès auquel pourront assister les médecins américains des diverses Amériques, aura lieu à Washington le 8 septembre 1893. 83 états ont officiellement nommé des délégués. L'Amérique française (Antilles et Guyane), l'Amérique anglaise, l'Amérique espagnole et l'Amérique danoise, sont comprises dans ce nombre.

International congress of charities, correction and phi-

lanthropy. — Ce Congrès aura lieu à Chicago, du 12 au 18 juin. Il comprend plusieurs sections intéressant la médecine et l'hygiène sociale. Exemples : Les Enfants-Assistés, les hôpitaux d'enfants et les hôpitaux généraux, les nourrices, le traitement des aliénés et des enfants arriérés et idiots, les questions d'assistance publique, etc. (S'adresser au secrétaire du Comité, M. Nathaniel S. Rosenau, Memorial Art Palace, à Chicago.)

8e Congrès international d'hygiène et de démographie en 1894 à Budapest. — M. Joseph Körösi, directeur du bureau de statistique de la ville de Budapest, a fondé *un prix de* 1.500 *fr.* qui sera décerné à l'auteur du meilleur ouvrage sur le but et le progrès de la démographie. L'auteur devra préciser la tâche scientifique de la démographie, faire la critique des différentes théories régnantes et des plus importants travaux démographiques, faits dans les principaux pays de l'Europe et des États-Unis d'Amérique pendant les cinquante dernières années. L'auteur aura donc à mettre en relief principalement le développement des recensements et les progrès de la statistique de natalité et de mortalité, en établissant où, quand et par qui ces branches de la science démographique ont été perfectionnées.

L'ouvrage peut être rédigé en langue allemande, anglaise, française, italienne. Il doit être envoyé, sans aucune indication pouvant révéler le nom de l'auteur, avant le 1er mars 1894, à M. Joseph Körösi, à Budapest.

NOUVELLES

Nécrologie. — M. Delasiauve.

Nous avons, aujourd'hui 7 juin, rendu les derniers devoirs à un confrère des plus respectables et des plus respectés. M. Delasiauve (Louis Jean-François) né à Paris le 17 septembre 1804, est décédé lundi 5 courant et bien qu'il fût avancé en âge, sa mort surprendra bien des gens, parce qu'on le voyait encore, il y a peu de temps, assister régulièrement aux séances des sociétés médico-psychologique et anthropologique qu'il affectionnait tout particulièrement. Reçu docteur en 1830, il alla d'abord pratiquer en province, mais il revint après quelques années s'établir dans la capitale et s'y livrer à l'étude des maladies mentales. Aussi fut-il nommé au concours médecin de l'hospice de Bicêtre en 1840. Outre divers mémoires de médecine et de chirurgie, il a publié un certain nombre d'ouvrages ayant les maladies mentales et nerveuses pour objet. Nous citerons entre autres son *Traité d'épilepsie*, histoire, traitement, médecine légale (1854) ; un *Traité de la monomanie* (1855) ; *des Pseudomanies* (1859) ; *Des principes qui doivent présider à l'organisation des idiots* (1859) ; et son *Journal de médecine mentale* (1864-1870). M. Delasiauve est encore l'auteur d'un mémoire intéressant sur *l'Organisation médicale en France*, sous le triple rapport de la pratique, des établissements de bienfaisance et de l'enseignement (1843), travail dans lequel il demandait, l'un des premiers, que l'on utilisât d'une manière effective les services des médecins des hôpitaux, en créant un enseignement pratique destiné aux élèves. Il s'est occupé enfin d'économie politique et les brochures suivantes dont il est l'auteur, écrites avec un esprit libéral et une conviction sincère : *Confusion politique, dangers, causes remèdes* (1873) ; la *Solution du problème gouvernemental* (1874) ont eu, à leur apparition, un certain retentissement.

Delasiauve était aimé de tous ceux que les hasards de la vie mettaient en rapport avec lui. Doué d'un esprit libéral, en toutes choses, qui ne l'a jamais abandonné, honnête et bon, il a laissé dans la médecine mentale des traces d'un passage fécond ; le bien-être social, le progrès scientifique, l'ont compté au nombre de leurs apôtres et il a su conformer sa vie tout entière aux bonnes causes qu'il a défendues par l'écrit, par la parole et par l'exemple, en tout temps et à des heures où il était téméraire de le faire : aussi, bien des honneurs auxquels il avait droit, lui ont-ils échappé et il est pénible de dire que ceux qui distribuent ces honneurs aient oublié Delasiauve. De bons discours ont été prononcés devant sa dépouille mortelle, par MM. Falret, au nom des médecins aliénistes ; Christian, au nom de la Société médico-psychologique, Semelaigne au nom de ses anciens élèves, par un député de l'Eure, pays où il avait exercé la médecine et laissé les meilleurs souvenirs, et par notre ami M. Laborde, au nom de la Société d'anthropologie. Tous ces discours seront recueillis et joints, nous l'espérons, à une notice complète sur la vie et les travaux de ce savant et honnête médecin, de ce bon citoyen.

Dr A. Dureau.

Faculté de médecine de Paris. — Par arrêté en date du 5 juin, la chaire de clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale, est déclarée vacante. Un délai de vingt jours à partir de la présente publication est accordé aux candidats pour produire leurs titres. (*Journal officiel* du 7 juin.)

Facultés et Écoles des départements. — *Faculté de médecine de Paris.* — Le concours de l'adjuvat s'est terminé par la nomination de MM. Auvray, Launay, Riche, Mayet et Picon.

Faculté de médecine de Bordeaux. — Par arrêté du 24 mai, M. Régis est chargé pour l'année scolaire de 1892-1893, d'un cours complémentaire des maladies mentales.

École de médecine de Marseille. — Par arrêté du 16 mai, M. Gourret, docteur ès sciences, est chargé d'un cours de minéralogie et d'hydrologie.

Faculté des sciences de Paris. — M. Maurice Arthus a été reçu docteur ès sciences naturelles. Sa 1re thèse a pour titre : Recherches sur quelques substances albuminoïdes, la classe des caséines la famille des fibrines.

Assistance publique. — *Hôpitaux de Paris.* — Le dernier concours de chirurgie est terminé. MM. Delbet et Rochard sont nommés chirurgiens du Bureau Central.

— L'inauguration de l'amphithéâtre d'opérations et du service gynécologique de la clinique chirurgicale de l'hôpital Necker (service de M. Le Dentu), a eu lieu le vendredi 2 juin à cet hôpital.

Hôpitaux de Lyon. — M le Dr Pic a été nommé médecin des hôpitaux.

Hôpitaux de Nantes. — M. le Dr Edm. Vignard est nommé chirurgien suppléant.

Enseignement populaire supérieur, subventionné par la ville de Paris. — **Cours d'hygiène sociale.** La conférence pratique de M. le Dr Martin aura lieu à l'Institut de vaccine animale, rue Ballu, 8, le dimanche 11 juin, à 9 heures et demie très précises du matin.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

Décès notifiés du 28 mai au 3 juin 1893

Fièvre typh., 7.—Typhus, 1.—Variole, 2.—Rougeole, 29.—Scarlatine, 12.—Coqueluche, 8.—Diphtérie, croup, 26.—Grippe, 5. — Affections cholériformes, 0. — Phtisie pulmonaire, 165. — Méningite tuberculeuse, 12. — Autres tuberculoses, 11. — Tumeurs cancéreuses et autres, 54. — Méningite, 32. — Congestion et hémorrhagie cérébrale, 38 — Paralysie, 8. — Ramollissement cérébral, 7. — Maladies organiques du cœur, 57. — Bronchite aiguë et chronique, 28. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 63. — Autres affections de l'appareil respiratoire, 31. — Gastro-entérite des enfants : sein, biberon et autres, 48. — Fièvre et péritonite puerpérales, 5. — Autres affections puerpérales, 3. — Débilité congénitale, 15. —Sénilité, 26. — Suicides, 26. — Autres morts violentes, 9. — Autres causes de mort, 115. — Causes inconnues, 2. — Total: 845.

Le Rédacteur en chef et gérant : F. de Ranse.

Paris. — Typ. A. Davy, 52, rue Madame. — *Téléphone.*

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Rédacteur en chef : M. le Dr F. DE RANSE

Comité de Rédaction : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN
J. ARNOULD (de Lille), P. FABRE (de Commentry), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon)

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, avenue Montaigne (Rond-Point des Champs-Élysées)

PATHOLOGIE MÉDICALE

ÉTUDE SUR LE BRIGHTISME. PETITE URÉMIE, PETITS ACCIDENTS DU MAL DE BRIGHT,

Par M. Dieulafoy (1).

I

L'étude des néphrites chroniques me paraît destinée à subir une certaine transformation ; je demande à l'Académie la permission d'envisager la question dans son ensemble et d'entreprendre, à ce sujet, une discussion qui ne sera du reste que la suite et la conséquence des discussions qui ont eu lieu, ici même, en juillet et août derniers, à propos du traitement de l'albuminurie et de la maladie de Bright.

A l'époque où Bright posa les premières assises de la maladie qui porte aujourd'hui son nom, l'étude des néphrites était encore peu compliquée. Des œdèmes, des urines coagulables et une lésion rénale, telle était la triade sur laquelle reposait le diagnostic anatomique et clinique des néphrites.

Plus tard, peu à peu, après de laborieux efforts, après des travaux sans nombre, auxquels l'École française a pris une large part, on a dégagé les symptômes principaux des néphrites chroniques et on a classé les accidents parfois terribles qu'on avait englobés sous la dénomination d'urémie. Ces accidents urémiques, qui se présentent sous les formes les plus variées, sont maintenant bien connus, qu'il me soit permis d'en esquisser à grands traits les principales modalités :

Il y a une urémie convulsive, *épileptiforme*, caractérisée par une attaque ou par une série d'attaques éclamptiques qui simulent, parfois à s'y méprendre, l'attaque vraie d'épilepsie et l'état de mal épileptique. C'est en pareil cas que les larges saignées font merveille.

Il y a une urémie *délirante* bien importante à connaître. Souvent le délire n'apparait qu'à titre d'épiphénomène associé aux autres formes nerveuses de l'urémie, mais parfois aussi le délire, par son intensité, par sa ténacité, par ses qualités, par son importance, simule l'aliénation mentale et mériterait presque la dénomination de folie brightique sous laquelle je l'ai décrit il y a quelques années. On ne saurait trop citer ces observations de malades atteints de mélancolie, de lypémanie, d'idées de persécution et de suicide, d'hallucinations de la vue et de l'ouïe, considérés comme des aliénés, envoyés comme tels dans une maison de santé, alors qu'ils ne sont en réalité que des brightiques justiciables du régime lacté.

Il y a une urémie *comateuse*, apoplectiforme, simulant l'attaque d'apoplexie ; cette forme comateuse peut apparaître d'emblée chez le brightique, mais elle est le plus souvent associée aux autres formes nerveuses de l'urémie.

Il y a une urémie *dyspnéique* qui a été longtemps mal connue, parce qu'on se figurait, bien à tort, que cette dyspnée urémique devait forcément revêtir le rythme particulier, nommé avec emphase rythme de Cheyne-Stokes. Or, ce rythme de Cheyne-Stokes ne représente qu'imparfaitement une des modalités nombreuses de dyspnées urémiques. Depuis la simple oppression, jusqu'à la dyspnée d'effort la plus considérable, jusqu'aux grands accès isolés, tout se voit en fait de dyspnée urémique. Tantôt la dyspnée est associée à une fausse bronchite, tantôt elle apparait sous forme d'accès terribles avec œdème pulmonaire aigu et expectoration mousseuse, albumineuse, sanguinolente ; tantôt enfin la dyspnée urémique revêt la plus vive intensité, sans qu'il y ait la moindre altération perceptible à l'auscultation, c'est la dyspnée toxique, *sine materia*.

Il y une urémie *gastrique*, avec vomissements plus ou moins fréquents, parfois incoercibles, comme dans la grossesse, avec intolérance plus ou moins absolue de l'estomac, urémie gastrique simulant les accidents gastriques de l'hystérie et parfois assez douloureuse pour simuler l'ulcère stomacal.

Il y a une *céphalée gastrique* qui est une des modalités les plus fréquentes de l'urémie, depuis les maux de tête apparaissant sous forme d'accès que les malades caractérisent de migraine, jusqu'aux terribles douleurs qui torturent les malades et qui sont comparables par leur intensité à certaines céphalées syphilitiques.

Il y a une urémie *cardio-aortique* avec tendance à la défaillance cardiaque, au collapsus, à l'angoisse cardio-aortique rappelant certaines formes de l'angine de poitrine.

Il y a une urémie *rénale*, ce qui a l'air d'un pléonasme. En prononçant le mot d'urémie rénale, je ne fais pas allusion aux lésions des reins ou à l'encombrement des tubuli mais je fais allusion à l'intoxication urémique du rein qui paralyse l'organe, qui diminue ou anéantit ses fonctions

(1) Académie de médecine, 6 juin 1892.

qui provoque l'oligurie ou l'anurie, anurie toxique qui me paraît pouvoir être victorieusement combattue dans quelques cas par des injections sous-cutanées de *néphrine*, ainsi que je l'ai tenté pour la première fois il y a quelques mois.

Ces différentes manifestations de l'urémie peuvent revêtir les aspects les plus divers; elles sont isolées ou associées, elles se combinent ou se succèdent; tantôt elles sont violentes et apparaissent brusquement, sous forme d'accès, tantôt elles évoluent lentement, progressivement, presque insidieusement elles. s'installent sournoisement sous le masque d'une autre maladie; elles créent de véritables difficultés pour le diagnostic en simulant l'asthme, le catarrhe bronchique, les céphalées migraineuses et nerveuses, l'embarras gastrique et le catarrhe stomacal, la neurasthénie, la chloro-anémie; que sais-je!

Tout cela est vrai, dira-t-on; mais pour nous guider dans les cas difficiles, dans les cas où le diagnostic est incertain, n'avons-nous pas deux signes de premier ordre, les œdèmes et l'albuminurie?

Voici, par exemple, un malade atteint de convulsions épileptiformes. On a quelque raison de soupçonner chez lui l'existence d'une néphrite; on examine ses urines, contiennent-elles de l'albumine? Non. On rejette alors l'hypothèse de mal de Bright.

Voici un autre malade qui est plongé dans le coma. On soupçonne l'existence d'un coma toxique, diabétique ou urémique; l'examen des urines va juger la question. On sonde le malade, et on analyse ses urines. Contiennent-elles de l'albumine? Non. On rejette alors l'hypothèse du mal de Bright.

Voici encore un malade atteint de violente oppression avec ou sans œdème broncho-pulmonaire. Est-ce de l'asthme vrai, d'accès d'asthme, ou n'est-ce pas l'une des diverses modalités du faux asthme cardiaque, aortique ou urémique? Examinez les urines; contiennent-elles de l'albumine? Non. On rejette alors l'hypothèse d'une dyspnée brightique ainsi et de suite, pour tant d'autres diagnostics difficiles, où l'albuminurie est considérée comme l'arbitre suprême du diagnostic:

Au premier abord ce raisonnement paraît naturel; on a tellement pris l'habitude de considérer l'albuminurie comme un signe prépondérant, dans la description des néphrites, qu'on n'a pas encore su s'en affranchir. Cette prépondérance date de loin, elle est née avec Bright, le promoteur illustre des innombrables travaux qui se sont succédé sur cette question. Sous l'impulsion de Bright, et sous l'impulsion de Rayer dont je me plais à reconnaître la grande et légitime autorité, l'albuminurie fut longtemps considérée comme l'arbitre souverain dans le diagnostic des néphrites, et il sembla que néphrite et albuminurie dussent marcher de pair comme deux compagnes inséparables. Or, cette prépondérance me paraît absolument usurpée, je ne suis ni le premier ni le seul à le dire, mais je tiens à bien l'affirmer. L'albuminurie n'a qu'une valeur secondaire dans le diagnostic de la maladie de Bright, elle est un signe inconstant, infidèle et trompeur. Plusieurs auteurs ont émis la même opinion, M. Lancereaux a étudié ces néphrites sans albuminurie, M. Sée en a parlé ici il y a quelques mois sous la dénomination de néphrite latente et il a bien voulu rappeler nos travaux à ce sujet. Qu'on me permette de donner très brièvement le résumé de quelques observations qui prouveront mieux que toutes les discussions la réalité du fait que je viens d'avancer.

Dans une soixantaine d'observations de maladies de Bright recueillies en quelques années dans mon service à l'hôpital Saint-Antoine et à l'hôpital Necker, l'albuminurie manquait dans un quart des cas environ, au moment où les malades étaient dans mon service. Et je ne parle pas seulement des cas où la maladie était encore peu avancée, je parle des brightiques en pleine évolution, et même à la période des grands accidents urémiques.

Une première observation concerne une femme atteinte de maladie de Bright avec céphalée violente, vomissements incoercibles, intolérance absolue de l'estomac. L'albumine faisait totalement défaut. La mort survient au milieu d'attaques épileptiformes et comateuses et l'autopsie démontra l'existence d'une néphrite mixte.

Une deuxième observation a trait à une femme qui entra dans mon service pour une violente dyspnée brightique avec accès d'angoisse précordiale d'origine aortique. La malade meurt dans le coma avec de grands accès de dyspnée qui durent plusieurs jours et à aucun moment les urines de la malade ne furent albumineuses.

L'autopsie démontra l'existence d'une artério sclérose généralisée avec néphrite interstitielle à prédominance vasculaire.

Dans une troisième observation, il s'agit d'une femme atteinte d'accidents variés de l'urémie et d'urémie délirante, véritable folie brightique. Pendant dix-huit jours, la malade présenta l'une après l'autre ou simultanément toutes les variétés de l'aliénation mentale; elle fut mélancolique, lypémaniaque, tourmentée par des idées de persécution, de suicide, par des hallucinations de l'ouïe et de la vue; cette femme était une brightique non albuminurique. L'albuminurie qu'on avait constatée à l'état de traces, le jour de l'entrée à l'hôpital, *disparut totalement pendant deux mois et demi* et ne reparut que la veille de la mort. A l'autopsie, on constata l'existence d'une néphrite diffuse.

Voici une autre observation concernant un malade entré dans mon service pour une maladie de Bright caractérisée par des maux de tête persistants, par de violents accès d'oppression et par plusieurs des symptômes que je décrirai dans un instant sous la dénomination de petits accidents du brightisme. Chez ce malade, l'albumine faisait complètement défaut; cependant le diagnostic de mal de Bright s'imposait d'autant plus que la toxicité des urines que j'expérimentai fut trouvée extrêmement faible. Ce malade mourut plus tard de broncho-pneumonie; l'autopsie démontra que les reins étaient atteints de néphrite artério-scléreuse.

Il y a trois ans, entrait dans mon service, à l'hôpital Necker, un homme atteint de dyspnée brightique.

Il présentait en outre au complet la série des petits accidents du brightisme et on percevait à l'auscultation du cœur un bruit de galop (bruit de galop de M. Potain). Je m'attendais donc à trouver chez ce malade des urines albumineuses, mais il n'en était rien; les urines *ne contenaient pas trace d'albumine*. Le malade succomba aux accidents urémiques et on constata à l'autopsie une hypertrophie cardiaque considérable (cœur de Traube) et une néphrite mixte.

Dans une sixième observation, il s'agit d'un homme entré dans mon service à l'hôpital Necker, pour une dyspnée considérable avec céphalée opiniâtre et la plupart des petits accidents du brightisme. Les urines ne renfermaient pas la plus légère trace d'albumine. Le malade ayant succombé, l'autopsie confirma l'existence du mal de Bright; gros cœur, petit rein contracté, blanchâtre, scléreux.

Voilà donc un certain nombre d'observations suivies d'autopsie qui prouvent d'une façon indéniable que l'albumine peut manquer pendant un temps plus ou moins long chez des malades atteints des grands accidents de l'urémie.

Dans une autre série, je vais placer des malades manifestement brightiques et chez lesquels l'albuminurie antérieurement constatée a disparu plus tard malgré l'évolution de la néphrite.

Une des observations de cette série concerne un malade entré dans mon service à l'hôpital Necker dans le cours de l'année 1889. A cette époque, il a tous les symptômes du mal de Bright et ses urines renferment 50 centigrammes d'albumine par litre; quelques semaines plus tard, il quitta l'hôpital. Un an et demi après, il revient dans mon service plus gravement atteint que la première fois, mais cette fois l'albumine a *totalement disparu* de ses urines. Et pendant les vingt-cinq jours que ce malade passa dans mon service, jamais ses urines ne présentèrent trace d'albumine.

Une seconde observation est aussi probante; le malade qui en fait le sujet est venu à trois reprises dans mon service, une première fois en 1888, une seconde fois en 1889, une troisième fois en 1890. Pendant les deux premiers séjours de ce malade à l'hôpital, on a constaté tous les petits accidents du brightisme et des urines fortement albumineuses; mais pendant son troisième séjour, les urines ne contenaient plus trace d'albumine, bien que les symptômes brightiques fussent beaucoup plus accentués.

Ces différentes observations et celles qui ont été publiées par différents auteurs, M. Lépine, M. Lancereaux, etc., peuvent se passer de commentaires. Il est bien avéré que l'albuminurie peut manquer plus ou moins longtemps dans le cours des néphrites, non seulement néphrites interstitielles, mais néphrites mixtes; l'albuminurie est donc un symptôme infidèle, inconstant, elle n'a donc qu'une valeur minime et bien secondaire.

En opposition avec ces faits et qui démontrent jusqu'à l'évidence que l'albumine peut faire défaut pendant un temps plus ou moins long dans le cours du mal de Bright dans ses différentes formes et à ses différentes périodes, il y a d'autres faits qui concernent des personnes qui sont albuminuriques sans être brightiques. Ces faits sont maintenant assez connus pour que je me dispense d'y insister longuement. Noorden, Senator, Lépine les ont étudiés; M. Sée les a rappelés dans son intéressante communication sous la dénomination d'albuminurie physiologique ou fonctionnelle.

Nous avons tous observé des faits de même genre. J'ai publié l'observation d'un homme jeune encore qui avait constaté dans ses urines une albuminurie assez intense. Depuis plusieurs années, il faisait lui-même l'analyse de ses urines et il avait acquis dans cette opération une grande habileté, sa santé est toujours restée bonne et les symptômes brightiques n'ont jamais apparu chez lui.

Je vois depuis quinze ans chez une jeune fille de 19 ans et chez laquelle dès l'âge de 4 ans on a découvert des urines albumineuses. Depuis cette époque, la présence de l'albumine dans les urines a toujours oscillé entre 0 gr. 5 et 0 gr. 25 avec intermittences, et jamais cette jeune fille dont la santé est excellente, n'a présenté le moindre symptôme brightique.

Il y a quelques années, je reçus à l'hôpital Saint-Antoine la visite d'un médecin étranger très expert dans les travaux de laboratoire. Ce médecin faisant un jour des analyses de quelques urines eut l'idée d'examiner la sienne et il fut fort surpris d'y trouver 50 centigrammes d'albumine. Son urine continuant à être albumineuse, il me parut important d'en examiner la toxicité et je la trouvai aussi normale que la toxicité d'une urine absolument physiologique, preuve que la dépuration urinaire était complète, malgré la présence d'une forte albuminurie. Ce confrère était donc albuminurique, mais il n'était en rien brightique.

De ces études comparatives, on peut tirer, je crois, les conclusions suivantes: l'absence ou la disparition plus ou moins prolongée de l'albumine au cours de la maladie de Bright est un fait qui est loin d'être rare. Si donc on est appelé auprès d'un brightique à telle ou telle période de sa maladie, il faut bien se garder de se baser sur l'absence de l'albumine pour rejeter le diagnostic du mal de Bright. L'albuminurie, on ne saurait trop le répéter, ne doit pas être, il s'en faut, l'arbitre suprême du diagnostic.

D'autre part, en face d'un albuminurique, il faut bien se garder de porter, en l'absence d'autres signes, le diagnostic de mal de Brigt, car certains albuminuriques ne sont pas et ne seront jamais brightiques. Ces albuminuriques, nous allons le voir, ne présentent ni les grands ni les petits accidents de la maladie de Bright.

En résumé, je le répète encore, l'albuminurie n'a qu'une valeur bien secondaire, quand il s'agit de spécifier le diagnostic et le pronostic d'une maladie de Bright; elle n'est qu'un pâle satellite des néphrites; elle n'en est qu'un témoin, et quel témoin! témoin infidèle puisqu'il peut faire défaut, témoin trompeur puisque, si on n'était prévenu, il pourrait induire en erreur et faire admettre une néphrite qui n'existe pas.

(*A suivre.*)

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

L'AMPUTATION DANS LE TRAITEMENT DU TÉTANOS,

Par M. VERNEUIL.

Suite et fin (1).

Mais il me tarde d'arriver au bout de cette longue série noire et d'enregistrer enfin quelques succès apparents ou réels de la chirurgie radicale. Je rencontre tout d'abord un fait dont je me plais à louer la grande valeur scientifique, car il est complet, fort bien exposé et très instructif, mais, en revanche, fort critiquable au point de vue pratique.

Adressé à la Société de chirurgie par M. le médecin major Ferraton, il a été, le 22 mars dernier, l'objet d'un de ces

(1) Voir la *Gazette médicale* n° 23, 1893.

rapports précis, substantiels et éminemment judicieux, comme sait les faire notre collègue M. Chauvel (1).

Je ne saurais trop vous engager à lire ce travail, presque impossible à analyser et vous partagerez certainement comme moi l'opinion du rapporteur, qui, tout en constatant la guérison lente et laborieuse d'un blessé atteint, le douzième jour, de tétanos traumatique à la suite d'une luxation compliquée et soumis deux jours après à la désarticulation du doigt, termine par les remarques suivantes :

« Le fait que nous venons d'analyser ne nous paraît pas de ceux qui peuvent entraîner la conviction, car l'amputation n'a pas eu, sur les phénomènes morbides, une action manifeste. Elle est en effet pratiquée dès l'apparition des premiers signes du tétanos ; pendant quelques jours on peut croire à son influence favorable, bien que la convalescence ne s'établisse pas franchement. Mais arrive une surexcitation nerveuse, la simple visite d'un parent, et tout aussitôt les accidents reparaissent et s'aggravent ; bien plus, c'est alors seulement que se produisent des crises convulsives et cependant le foyer des toxines est depuis longtemps supprimé.

« Remarquons encore que cette aggravation des symptômes coïncide avec la diminution des doses de chloral et de morphine et qu'elle disparaît quand on revient aux fortes quantités d'hypnotiques et de calmants. Alors nous sommes portés à attribuer la survie, plus volontiers à la médication chloralo-morphinée, qu'à l'intervention opératoire. »

Ainsi s'exprime M. Chauvel, et je conclus de mon côté, sans vouloir désobliger en aucune façon M. Ferraton : Que, dans son cas, l'amputation n'a joué dans la guérison qu'un rôle insignifiant ; qu'elle n'a été ni nuisible, ni impuissante mais simplement superflue.

En revenant plus tard sur le traitement local et prophylactique des plaies tétanifères, je répondrai à l'objection sérieuse tirée, au cas où l'amputation n'aurait pas été faite, de l'imminence redoutable et des chances de réveil tardif résultant, suivant la théorie du microbisme latent, de la persistance d'un corps étranger non resorbable (un petit caillou) au sein d'un foyer virulent.

Le bonheur veut que je puisse enfin louer sans réserve un cas franchement favorable à la cause de l'intervention. Comme il a déjà été publié, je devrais peut-être me contenter de vous renvoyer au journal qui l'a inséré ; mais il est particulièrement intéressant, c'est pourquoi je vous demanderai de transgresser un peu les règles académiques, non seulement en le citant avec détails, mais encore en le commentant comme si j'en étais le rapporteur. Je me permets cette licence, sûr que je suis de l'assentiment de l'auteur, l'un de mes meilleurs élèves et amis.

OBS. XI. — *Lipome ulcéré ; tétanos ; extirpation ; guérison* (par M. le Dr BLANQUINQUE, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Laon).

Décembre 1887. — X..., 22 ans, jardinier, solide, bien musclé, sans tare héréditaire, porte depuis deux ans, dans la région scapulaire gauche, une tumeur qui, s'accroissant peu à peu, finit par prendre le volume d'une orange aplatie et gêne pour porter des fardeaux.

Un médecin fit, après une ponction inutile, quatre applications horriblement douloureuses de pâte de Vienne et de Canquoin.

M. Blanquinque constate que les caustiques n'avaient détruit que la peau et le tissu cellulaire sous-cutané ; les escarres fétides adhéraient encore. Pansement à l'iodoforme avant l'opération radicale.

Quinze jours après, la plaie a bon aspect ; la tumeur, qui n'était autre qu'un lipome, était moins enflammée et devenue mobile sur les parties profondes.

X... ne peut entrer à l'Hôtel-Dieu que le 24 janvier 1888, deux mois après la première cautérisation. La plaie était alors blafarde, grisâtre, douloureuse, remplie de grosses fongosités.

Chose plus grave, le tétanos s'était déclaré depuis quatre jours trismus; raideur du cou; secousses et tremblement dans les membres inférieurs.

Le 26, le trismus a augmenté ; la contracture s'est étendue aux autres muscles de la face. Bromure de potassium et chloral : *ââ* 3 grammes.

Le 28, aucune amélioration ; néanmoins, pas de fièvre. Extirpation de la tumeur sous le spray phéniqué et avec les précautions antiseptiques ordinaires. Opération facile ; le trapèze est mis à nu.

Suture métallique, drainage ; gaze iodoformée.

Pendant la chloroformisation spasmes tétaniques très inquiétants avec menace d'asphyxie.

Continuation du bromure et du chloral à la dose de 3 grammes chacun jusqu'au 4 février. Ce jour-là le malade, qui n'a eu ni fièvre ni hyperthermie, ouvre librement la bouche.

Le 11 février, guérison complète (1).

M. Blanquinque ajoute à son récit quelques remarques intéressantes

Examinant d'abord l'hypothèse de l'origine équine, il se garderait bien d'affirmer que le cheval a communiqué le mal à son opéré, mais il croit la chose fort possible. Le fait viendrait alors s'ajouter à ceux que j'ai publiés en si grand nombre.

Le malade n'avait pas manié de fumier de cheval depuis un an, mais il attelait et conduisait souvent le cheval de son maître et l'avait fait plusieurs fois depuis que sa plaie était ulcérée.

De plus, le médecin qui a fait les applications caustiques attelle et conduit son cheval lui-même.

Mais, d'autre part, on ne se rappelle pas dans le pays qu'habite X..., avoir vu de tétanos chez le cheval ni chez l'homme.

La seconde remarque porte sur l'intervention opératoire que M. Blanquinque (ancien interne des hôpitaux, praticien instruit, chirurgien habile et doué d'un grand bon sens), considère comme toujours indiquée quand elle est possible.

« En enlevant les corps étrangers et les parties mortifiées, dit-il, en régularisant les plaies, on supprime d'abord les causes d'irritation réflexe; puis la plaie, siège d'infection, renferme vraisemblablement des microbes en voie de multiplication qui n'ont pas encore envahi l'économie. En en faisant l'ablation, on réduit donc les chances d'infection à leur minimum, comme on le fait pour le charbon, en détruisant la pustule maligne. »

(1) *Bull. et Mém. Soc. de Chir.*, 22 mars 1893, p. 215.

(1) *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, 24 mars 1888, p. 833.

J'ai reproduit cette argumentation, qui n'est certainement pas pour déplaire à M. Berger, et qui est inattaquable dans certains cas donnés et en particulier dans celui du jardinier. Ici le tétanos était déclaré, il s'aggravait lentement mais évidemment; les 3 grammes de bromure et de chloral n'auraient probablement point amené la guérison (la dose était, à la vérité, un peu faible), l'ablation de la tumeur, d'ailleurs tôt ou tard nécessaire, n'offrait ni difficulté ni danger bien grands (la chloroformisation exceptée). Aussi je déclare que je n'aurais certainement pas hésité à la faire.

Notons d'ailleurs les sages précautions pré-opératoires prises par le chirurgien; alors que la plaie résultant de la cautérisation était encore couverte d'escares fétides, il n'opère pas et cherche à désinfecter le foyer à l'aide de l'iodoforme ; puis, au moment même de l'opération, il associe aux pratiques classiques de l'antisepsie le spray phéniqué qui, contrairement à la mode injuste du jour, me paraît devoir être très utilement conservé quand on opère des foyers infectés et des tissus malades. Le succès couronna cette prudente conduite; toutefois je signalerai ici une petite lacune. L'opération ne fut suivie d'aucun incident local ou général; mais il aurait bien fallu savoir si elle avait nettement et brusquement modifié ou hien la marche ascendante du tétanos et abrégé sa durée.

Pour cela il faudrait connaître ce qui s'est passé depuis le 28 janvier, jour de l'extirpation, jusqu'au 4 février, où tout péril paraissait conjuré.

Au cas où l'acte opératoire n'aurait pas jugulé la maladie, il paraîtrait au moins avoir favorisé sa résolution, laquelle était obtenue au bout de quatorze jours (du 20 janvier au 5 février) alors que d'ordinaire la guérison exige au moins vingt-cinq jours.

Sans vouloir amoindrir en aucune façon le témoignage favorable de ce fait, je ferai observer que la forme était ici assez bénigne, puisqu'au huitième jour le patient était encore en vie, que les contractures ni les convulsions n'étaient ni très violentes, ni très généralisées ; qu'il n'y avait ni fièvre, ni hypothermie, qu'en un mot, il s'agissait d'un tétanos à forme lente plus facile à guérir.

A quoi M. Blanquinque répond d'avance par la phrase suivante que j'approuve complètement : « Il ne faut pourtant pas trop s'y fier et j'ai vu, il y a quelques années, deux malades succomber dans ces conditions, alors que le peu d'élévation du pouls et de la température m'avait fait porter un pronostic favorable. »

Je profiterai de cette circonstance pour engager les chirurgiens à noter exactement (ce qu'ils négligent en général) le pouls et surtout la température au moment de l'opération dont le pronostic, ici comme ailleurs, doit varier suivant qu'elle est anté, intra ou métra-pyrétique.

Je puis rapprocher du cas de M. Blanquinque, non pas au point de vue des indications opératoires, mais seulement d'après la théorie qui a servi de règle de conduite, celui que m'a très obligeamment communiqué M. le Dr Potherat, un de nos plus jeunes chirurgiens des hôpitaux.

Obs. XII. — *Chute de voiture ; plaie contuse de la face ; tétanos céphalique ; petite opération ; guérison lente.*

X..., garçon nourrisseur, 45 ans, tombe le 1er juin 1892 du haut d'une voiture chargée d'herbe fraîche. La face touchant la route, il en résulte au niveau de la pommette gauche une petite plaie qu'un pharmacien panse avec un peu de baudruche et déclare insignifiante; elle le parut tout d'abord en effet et X... reprit aussitôt son travail.

Le 5 juin, douleur assez vive au niveau de la plaie, qui pourtant était presque guérie. Bientôt après, difficulté d'écarter les mâchoires, malaise, fièvre légère.

Consulté le 7, M. Potherat constate sur la face gauche un peu au devant et au-dessous de la pommette, une plaie contuse, de l'étendue d'une pièce de 20 centimes, presque complètement cicatrisée et ne suppurant plus ; au pourtour, peau souple sans trace aucune de rougeur, de tuméfaction, ni d'inflammation ; trismus très prononcé, raideur des muscles de la nuque, déviation des traits du visage à gauche simulant une paralysie faciale due à la contraction des muscles de la joue. Impossible de manger ni de parler, déglutition des liquides très diffuse.

On diagnostique un tétanos céphalique à forme grave. Pendant les jours suivants, les symptômes s'accentuent de plus en plus, on put craindre une issue fatale. Faute de pouvoir employer l'antitoxine, on dut se contenter du traitement classique par le chloral. Sur ces entrefaites, MM. Potherat et Landouzy, ayant constaté au niveau de la plaie, d'ailleurs cicatrisée un petit noyau, assez dur, se demandèrent s'il n'y avait pas la persistance d'un corps étranger. En conséquence, après anesthésie locale à l'éther, on enlève largement la cicatrice et l'on réunit la plaie par deux points de suture.

La dissection de la pièce montra qu'il n'y avait pas de corps étranger, mais, de plus, les examens histologiques et bactériologiques, les cultures et les inoculations restèrent complètement négatifs (1).

Quoi qu'il en soit, au dix-septième jour de son tétanos, le malade alla un peu mieux. La fièvre diminua, puis disparut ; de même la contracture du masséter, ce qui permit l'alimentation. La déviation de la face s'effaça plus lentement. Bref, le blessé put quitter l'hôpital après sept semaines de séjour.

La concision de ce récit ne permet guère d'apprécier le rôle qu'a joué dans la guérison l'ablation, d'ailleurs innocente, d'une petite cicatrice simple, c'est-à-dire exempte de toxines et de bacilles. Quoique les symptômes aient été intenses et menaçants, il ne faut pas oublier qu'on était déjà assez loin du début quand on a pratiqué l'opération, et que celle-ci n'a produit que lentement ses effets favorables si on les admet; qu'en conséquence on pourrait tout aussi bien attribuer au chloral les allures lentes du mal et sa très lente guérison (2).

Enfin je porte encore à l'actif de l'amputation un cas, le premier du genre à ma connaissance, où l'action prophylactique de l'opération semble fort admissible. Je le dois à

(1) On ne manquera pas de remarquer l'importance de l'examen bactériologique du foyer de la plaie lequel s'était débarrassé tout seul et de bonne heure de ses éléments virulents. C'est le second cas consigné dans ma petite série et l'on se rappellera également que, dans le cas qui a fait l'objet de la communication de M. Berger, le 29 novembre 1892, les essais de culture et les injections avec le liquide recueilli dans le foyer tétanique restent stériles. Je regrette que le temps ne me permette pas de commenter ce fait curieux.

(2) M. Potherat m'a déjà communiqué en 1887 l'observation sommaire d'un cocher qui, amputé de la cuisse pour blessure grave de la jambe, fut pris ultérieurement du tétanos et y succomba. *Revue de chirurgie*, 1887. Origine et pathogénie du tétanos. Obs. CIII, pages 783 et 967.

un médecin de province, très bon observateur, le Dr Chiaïs, de Menton. D'après lui, le tétanos n'est pas rare dans cette ville : il en a observé 5 cas, dans une condition tout à fait particulière, c'est-à-dire après les blessures causées, lors de l'explosion de mines maladroitement déchargées, par les débris de terre, de pierres et les grains de poudre pénétrant profondément dans les parties molles. Le premier cas est celui d'un homme qui succomba jadis, en deux jours à l'hôpital, blessé par l'explosion d'une mine dans sa propriété. Vingt ans plus tard, dans le même domaine, le fils de cet homme et trois ouvriers furent blessés dans les mêmes circonstances et au même moment. Transportés à l'hôpital et soumis au même traitement médical, trois d'entre eux succombèrent.

Obs. XIII. — Le quatrième dont la main était si gravement mutilée que l'amputation de l'avant-bras dut être pratiquée le lendemain, survécut seul, sans avoir été atteint de tétanos. M. Chiaïs se demande alors si, en présence d'une plaie par explosion de mine, souillée par la terre tétanifère il n'y aurait pas indication formelle d'amputer (1).

Si j'ai reconnu à M. Berger le droit d'être incrédule en ce qui concerne l'efficacité du traitement médical du tétanos, vous conviendrez que je puis de mon côté, d'après les faits que je viens de reproduire, dénier presqu'entièrement à l'amputation le pouvoir de guérir le tétanos, sinon même l'accuser d'une façon formelle d'aggraver parfois le mal.

En effet sur les 14 cas que j'ai réunis dans mon dossier du 6 décembre et dans celui d'aujourd'hui, je compte 10 morts, parmi lesquelles l'opération paraît avoir une fois ouvert la porte à la maladie (obs. X), et une autre fois accéléré rapidement sa marche et précipité son issue fatale.

4 opérés ont guéri, mais pour le cavalier de Lyon, grâce au traitement hygiénique et médical très sagement institué et très longtemps poursuivi.

La part de l'intervention semble, il est vrai, beaucoup mieux établie pour le jardinier au lipome; aussi ai-je loué sans réserve la conduite de M. Blanquinque; toutefois si, comme je le crois, une opération relativement bénigne avait pu débarrasser le foyer de son virus aussi sûrement que l'amputation, celle-ci, sans cesser d'être utile, n'aurait pas été indispensable.

Mais, encore une fois, je ne voudrais pas que, vous méprenant sur mes intentions, vous supposiez que je veux proscrire absolument l'amputation, pas plus que contester la valeur réelle et l'intérêt grand des cas cités par M. Berger, à qui je demanderai toutefois jusqu'à quel point il lui accorde sa confiance, s'il l'appliquerait à tous les cas indistinctement, et si de plus il n'a connaissance d'aucun insuccès qu'on pourrait ajouter à ma liste.

Étant incontestablement établi par les faits que cette opération est :

parfois utile,
parfois superflue,
parfois impuissante,
parfois nuisible,

qu'en conséquence, comme toutes les méthodes curatives, elle a ses indications et ses contre-indications, mon seul désir est de chercher à préciser les unes et les autres; puis aussi, je ne m'en cache pas, à mettre nos jeunes chirurgiens en garde contre les décevances et illusions thérapeutiques et surtout la précipitation opératoire.

Or, pour savoir, en connaissance de cause, agir ou s'abstenir, il est indispensable d'établir des catégories parmi les faits différents et contradictoires.

M. Berger est entré quelque peu dans cette voie en insinuant que l'amputation offrait surtout des chances de réussite dans les cas chroniques réputés bénins.

Mais j'irai plus loin, et si limitée que soit ma petite série, en attendant qu'elle s'augmente, j'y trouve déjà les éléments d'une classification plus complexe.

C'est ce que je développerai dans une séance ultérieure.

(1) La terre de Menton, dans les points où l'on cultive les orangers, les citronniers, les oliviers, est fumée avec de vieux chiffons et des raclures de corne, de sabot de cheval, mulet, etc. C'est à cette fumure qu'elle devrait d'être aussi virulente. C'est avec elle et de petits cailloux qu'on charge les mines. Les cultivateurs qui marchent souvent pieds nus sur cette terre sont fréquemment atteints de tétanos pour s'être légèrement blessé les pieds. M. Chiaïs en a vu mourir ainsi au moins trois.

REVUE DES JOURNAUX

Un cas d'alexie, par le Dr Ph. Zenner, de Cincinnati. (*Neurologisches Centralblatt*, 1893, n° 9, p. 293.)

Les cas d'alexie subcorticale (Wernicke), c'est-à-dire de perte de la faculté de lire avec conservation de la vue et de la faculté d'écrire sont aussi rares qu'instructifs. Jusqu'ici, on n'a pas donné de ces faits une théorie satisfaisante. On a prétendu que l'alexie était sous la dépendance de l'hémianopsie droite concomitante, ou en rapport avec la suppression des mouvements conjugués des yeux. M. Zenner pense qu'il y a plutôt lieu d'invoquer un trouble des relations organiques qui existent entre la vision et le langage, soit qu'on admette (dans le lobe occipital) un centre spécial du langage écrit et que dans les cas d'alexie, ce centre se trouve désorganisé, soit qu'il y ait, en un point quelconque, interruption des conducteurs qui font communiquer le centre de la vision avec le centre du langage.

Quoi qu'il en soit, M. Zenner relate un nouvel exemple d'alexie, dont voici une relation abrégée :

Une femme de 34 ans, de famille saine, mariée depuis une douzaine d'années, mère de deux enfants, avait été bien portante jusqu'en février 1891. A cette époque, elle avait eu une hémorrhagie utérine de six semaines de durée. On lui fit un tamponnement, pendant deux jours. Le troisième jour, la malade a eu une attaque que le mari a décrite dans ces termes : les yeux étaient immobilisés, le regard fixe ; la malade s'agitait sur son lit ; elle avait perdu connaissance et elle présentait les signes d'une paralysie faciale, à gauche. Fièvre intense.

Plus tard, on s'est aperçu que la malade ne parlait plus très distinctement, elle avait de la peine à se faire comprendre et cet embarras de la parole a persisté pendant plusieurs mois. C'est à cette époque que la malade fait remonter le début de ses troubles de la vue.

Six semaines après l'attaque en question, la malade a perdu subitement l'usage de son bras droit. Cette paralysie ne s'est jamais dissipée complètement. Par contre, la paralysie faciale n'a persisté que très peu de temps.

Lorsque la malade fut en état de quitter le lit, au bout de

quelques mois, elle n'était pas en état de s'habiller ni de manger avec le secours de ses seules mains; sa vue avait beaucoup baissé. Elle alla consulter M. Zenner, dix-huit mois après le début des accidents, et voici quels symptômes elle présentait alors:

Diminution de l'intelligence, avec lacunes considérables à certains points de vue. Grande impressionnabilité; la malade pleure facilement, elle n'a pas plus de volonté qu'un enfant. Elle a de la peine à faire des calculs même faciles. La mémoire est devenue très infidèle pour les dates. Par contre, elle a pleine conscience de son état; elle parle raisonnablement. Elle ne présente ni paralysie de la sensibilité, ni paralysie de la motilité. Elle marche aisément, et ne se fatigue pas très vite. Les réflexes patellaires sont normaux des deux côtés; aux membres supérieurs, les réflexes tendineux sont plus marqués à gauche qu'à droite.

La malade est devenue très maladroite de ses mains. Quand elle veut saisir un verre placé à la portée de sa main, elle manifeste quelque hésitation pour atteindre l'objet, elle va en quelque sorte à sa recherche. Il semble d'ailleurs qu'aux doigts il y ait une légère diminution de la sensibilité musculaire. Cependant, celle-ci ne saurait rendre compte de la maladresse que manifeste la malade à se servir de ses mains.

La malade se plaint surtout de sa vue; elle ne s'aventure pas dans la rue, de peur de trébucher ou de heurter contre quelque obstacle. Elle ne s'assied sur une chaise qu'avec beaucoup de précaution, de crainte de buter contre une arête. Elle ne peut lire ni l'écriture manuscrite, ni les textes imprimés; elle distingue bien çà et là des lettres, et même des mots, mais c'est tout. Cependant elle reconnaît à première vue les personnes et les objets qui se trouvent placés à proximité d'elle. Mais ce qui frappe, c'est la difficulté qu'elle éprouve à découvrir un objet qu'on lui désigne et qui n'a pas déjà impressioné sa vue. Quand elle essaie de lire, elle aperçoit rarement un mot tout entier. Elle avait un peu moins de peine à lire les nombres, en ce sens qu'elle lisait d'emblée certains nombre de deux chiffres, tels que 10, 13. Du nombre 131 qu'on lui présenta un jour, elle ne distingua que les deux premiers chiffres, 13.

La détermination des limites du champ visuel était rendue très difficile par l'impossibilité où se trouvait la malade de maintenir la fixité du regard. On reconnut l'existence d'une hémianopsie droite, mais sans que la cécité fut complète dans la moitié étroite du champ visuel. Il n'y avait aucun indice de paralysie des muscles extrinsèques de l'œil, mais du nystagmus.

La malade pouvait écrire sans difficulté. Son écriture trahisait un certain degré d'ataxie.

En somme, d'après M. Zenner, l'alexie, dans ce cas, était sous la dépendance de l'hémianopsie, et des mouvements latéraux incessants qui agitaient les yeux; par suite de ces mouvements, les images des objets étaient sans cesse déplacées du centre du champ visuel dans le territoire frappé d'anopsie. Il semblait d'ailleurs que l'alexie fût plus prononcée quand la malade cherchait à déchiffrer un mot, que lorsqu'elle essayait simplement de distinguer une lettre. D'ailleurs, les efforts faits par la malade pour lire ne la fatiguaient pas. Il ne sera pas superflu d'ajouter qu'elle trouvait le nom des objets placés devant elle sitôt qu'elle les apercevait.

Le cas en question se distingue des exemples connus d'alexie subcorticale, en ce que les malades affectés de cette dernière, sont dans l'impossibilité de coordonner les lettres de l'alphabet, considérées isolément, à l'état de mots; chez la malade cette opération s'exécutait sans difficulté, pour peu qu'on ne fît voir les lettres à la malade qu'une à une.

Pour ce qui concerne le diagnostic anatomique, l'auteur ne doute pas qu'il y ait eu en cause une lésion du lobe occipital. Peut-être existait-il conjointement une lésion des deux lobes pariétaux, qui rendrait compte des troubles moteurs présentés par les deux mains.

E. R.

BIBLIOGRAPHIE

Asepsie et antisepsie chirurgicales, par MM. O. Terrillon, professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien de la Salpêtrière, et H. Chaput, chirurgien des hôpitaux de Paris, 1 vol. in-18° de 205 pages avec figures. — O. Doin, éditeur. Paris, 1893.

Ils sont déjà nombreux les livres français et étrangers qui traitent de l'asepsie et de l'antisepsie chirurgicales. Et comme le sujet commence à s'user il semblait peu probable que MM. Terrillon et Chaput pussent donner un cachet vraiment original à leur œuvre. Ici encore il était à craindre que le côté doctrinal vînt primer le côté pratique.

Heureusement, rien de tout ceci n'est arrivé. Rompant avec la tradition, évitant de refaire un interminable et fastidieux catalogue des agents aseptiques et antiseptiques les deux habiles chirurgiens des hôpitaux de Paris ont étudié leur sujet au point de vue exclusivement clinique. Ils ont décrit sans doute les procédés d'aseptisation et d'antiseptisation qu'ils emploient mais ceux-là seulement que l'application journalière leur a montré devoir être préférés, laissant au lecteur le soin de juger, d'après les résultats remarquables obtenus dans leurs services, de leur incontestable valeur.

Les pages où il est question de la désinfection des mains du chirurgien, de l'antisepsie du champ opératoire et de la stérilisation du matériel chirurgical sont à lire de la première à la dernière ligne. Mais où les auteurs restent parfaits cliniciens c'est lorsqu'ils indiquent pour chacune des opérations usuelles le moyen de satisfaire à toutes les exigences de la théorie panspermiste. Signalons enfin un chapitre sur la chirurgie de guerre ou tout en décrivant le paquet de pansement individuel qu'officiers et soldats doivent recevoir au moment de la mobilisation une critique légère est glissé sur ses dimensions microscopiques tout en reconnaissant cependant les services particuliers qu'il est appelé à rendre.

Le livre de MM. Terrillon et Chaput est à recommander, car c'est un livre essentiellement pratique. D'une lecture facile, imprimé avec un soin, relié avec luxe, il inaugure la série des nombreux volumes qui vont former la « Bibliothèque de thérapeutique médicale et chirurgicale » publiée sous la direction de MM. Dujardin-Beaumetz et Terrillon que la maison O. Doin se propose d'éditer dans un très court délai.

Ch. Amat.

QUESTIONS DU JOUR

A PROPOS DE LA LÈPRE

Dans le domaine de la pathologie générale, il est peu de questions aussi souvent discutées, remaniées. et aussi diversement résolues que celle qui se rattache à la nature de cette maladie singulière, à dissémination universelle, désignée depuis un temps immémorial du nom de *lèpre*. Ce n'est pas que la solution de cette question importe spécialement, car la lèpre est heureusement devenue une maladie rare, au moins sous le climat européen, et à ce point de vue elle doit céder le pas à la tuberculose, que sa diffusion de plus en plus meurtrière place au rang des fléaux qu'il est urgent de limiter et de combattre. Mais elle présente une marche si spéciale, elle produit sur le corps humain des désordres tels, que l'on conçoit sans peine l'intérêt qui s'attache à son étude, et la nécessité de déterminer les lois qui régissent sa propagation. Dans cet ordre de recherches, les progrès les plus marqués sont ceux qui ont été réalisés au point de vue de l'anatomie pathologique et de la bactériologie : car là il y a eu acquisition de données positives qui éclairent d'un jour nouveau certains points restés longtemps obscurs. La découverte du bacille spécial, entre autres, a été un événement considérable, car elle a permis de ranger définitivement la lèpre parmi les affections microbiennes, autorisant du même coup les espérances qu'une notion de cette importance apporte avec elle, en tant que point de départ de méthodes curatives efficaces et de mesures prophylactiques réellement utiles. De fait, cette notion a déjà provoqué des applications thérapeutiques, et il semble que le traitement de la lèpre soit sorti de l'ornière de l'empirisme et de l'ère plusieurs fois séculaire des tâtonnements, pour entrer dans une voie plus sûre, celle de l'intervention locale directe. C'est en effet à celle-ci que la plupart des médecins donnent maintenant la préférence.

M. le Dr Zambaco, un des savants les plus autorisés en pareille matière, vient précisément de publier sur cette question un long et substantiel article dans la *Semaine médicale*. Très au courant des travaux modernes, notre confrère a dû tirer parti de son expérience personnelle pour faire la critique judicieuse de ces travaux. On sait que dans ces derniers temps, différents observateurs ont décrit, sous des noms divers, un certain nombre d'affections qui paraissent être d'origine nerveuse, car les troubles trophiques y dominent, fait qui implique nécessairement une participation plus ou moins directe du système nerveux. Ces trophoses ont été considérées par leurs premiers historiens comme autant d'affections distinctes, représentant des individualités pathologiques nettement tranchées. Telles sont la *maladie de Morvan* et la *syringomyélie*, deux maladies sur lesquelles on a déjà beaucoup discuté sans parvenir à s'entendre, puis la sclérodermie, la sclérodactylie, la maladie de Rayuaud, la gangrène des extrémités, etc., etc. Or, et c'est le point important du débat, toutes ces entités morbides supposées, avec appellations multiples qui semblent exclure toute parenté entre elles, ne sont pour M. Zambaco qu'une seule et même maladie ou, pour mieux dire, elles ne sont que les modalités diverses d'une seule et même affection originelle qui ne serait autre que la lèpre. Celle-ci serait donc susceptible, à l'instar de la tuberculose, de revêtir des expressions symptomatiques extrêmement variées, dont le polymorphisme devient facilement une cause d'erreur pour le pathologiste et le clinicien. Le mot *lèprose* exprimerait bien cette aptitude de la lèpre à se transformer, et il caractériserait mieux son rôle de maladie générale. Telle est la première conclusion qui se dégage du mémoire de M. Zambaco, conclusion vraiment décisive, car, si on l'adopte, c'est tout un chapitre de la pathologie qu'il faudra refaire pour l'adapter à cette nouvelle conception. D'ailleurs notre collègue a énuméré tous les arguments propres à l'étayer, constituant ainsi un véritable plaidoyer en faveur d'une théorie qui peut paraître dès l'abord tout à fait invraisemblable.

Ainsi, prenant pour type, le cas de la *maladie du Morvan*, il cherche à établir, avec pièces à l'appui, qu'elle est identique avec la lèpre mutilante, telle qu'on l'observe dans d'autres contrées, en Orient. Cette assimilation est appuyée par la juxtaposition de plusieurs dessins qui montrent la ressemblance exacte des lésions dans les cas mis en parallèle. Elle est autorisée également par l'analyse attentive des symptômes, car on retrouve dans la maladie de Morvan une partie de ceux de la lèpre. On ne saurait faire un argument contradictoire de l'absence de quelques-uns d'entre eux (*boutons, macules*), car on sait qu'ils peuvent manquer dans la lèpre des pays chauds, c'est-à-dire dans la forme confirmée et la mieux connue.

On peut faire intervenir ici la transformation et l'atténuation de la maladie, qui s'est dépouillée peu à peu de ses caractères primitifs, au point de devenir protéiforme et méconnaissable. Mais ce n'est là qu'une dichotomie apparente, car en examinant les faits de près, on y retrouve des particularités décisives (*modifications de la sensibilité ; atrophies musculaires, anesthésies*), qui permettent d'identifier ces cas avec la lèpre nerveuse ou de Danielssen. C'est du moins ce qui résulte de l'enquête minutieuse à laquelle M. Zambaco s'est livré durant son voyage d'exploration à travers la Bretagne, contrée où la lèpre persiste depuis des siècles, à l'état endémique.

Peut-on opposer à cette opinion l'argument contradictoire tiré de l'absence du bacille de Hansen dans plusieurs des cas incriminés ? Evidemment cet argument a sa valeur, mais M. Zambaco y répond d'une façon victorieuse. En premier lieu l'évolution ultérieure de la maladie, chez quelques-uns des malades ayant fourni matière à cet argument négatif, est venu confirmer entièrement le diagnostic de lèpre formulé au début, malgré l'absence déjà reconnue de l'élément bacillaire. D'autre part, on peut se demander si la constatation de ce dernier est réellement indispensable pour justifier le diagnostic de lèpre. En effet, la preuve bactériologique n'est pas exigée pour la syphilis, dont le microbe est encore à trouver, ni pour la tuberculose, dont certaines manifestations cutanées (lupus érythémateux) révèlent constamment l'absence du bacille de Koch. On ne saurait donc reprocher aux partisans de l'identité de faire bon marché de cette preuve, ni leur refuser une liberté d'appréciation dont les partisans de l'opinion contraire sont les premiers à user sur un autre terrain. Enfin peut-on invoquer, comme troisième argument négatif l'existence, chez le syringomyélique, de certaines lésions médullaires, notamment de la présence d'une cavité lacunaire au centre de la moelle ? On sait que cette constatation, aux yeux des dualistes, suffirait à différencier complètement les deux maladies. Mais d'abord, dit M. Zambaco, cette formation lacunaire peut tenir à des causes diverses (hémorrhagies médullaires, ramollissement, myélite), circonstance qui lui enlève déjà de sa signification pathologique. D'autre part, il est démontré qu'elle peut exister

sans produire de phénomènes syringomyéliques durant la vie. On voit par là que les objections formulées à l'encontre de l'identité ne soutiennent guère la discussion, et qu'on ne peut avec elles seules, justifier une séparation contre laquelle protestent l'expérience et la clinique.

On pourrait, d'après M. Zambaco, appliquer des conclusions analogues à la sclérodactylie et à la sclérodermie. Dans ces deux affections, on retrouve les caractères généraux des manifestations lépreuses, en particulier l'anesthésie, dont l'existence a une si grande valeur. Rien ne s'oppose donc à ce qu'on les fasse rentrer dans le cadre de la *léprose*. De même en ce qui concerne l'asphyxie locale des extrémités ou maladie de Raynaud. Mais ici M. Zambaco se montre moins exigent, et il ne réclame plus l'incorporation pure et simple à la lèpre. En effet, la maladie de Raynaud n'est pas une entité morbide, au sens véritable du mot, mais seulement un syndrome à étiologie multiple, que la lèpre peut éventuellement compter au nombre de ses manifestations. Cette dernière interprétation est la meilleure, et il serait aussi injuste de repousser ici l'origine lépreuse, que de présenter celle-ci comme la cause exclusive de la maladie de Raynaud. La vérité est évidemment ici dans le terme moyen.

Mais les considérations un peu théoriques d'identité et de nature ne sont pas les seules qui soulève l'étude de la lèpre. Il y a encore celles d'hérédité, de contagiosité, de transmission, non moins importantes. M. Zambaco leur a consacré aussi quelques développements, mais il n'a pas eu occasion ici de faire au même degré preuve d'originalité, car il s'agissait de choses sur lesquelles l'accord est à peu près général. Bornons-nous à dire qu'il admet sans réserve la transmission héréditaire, démontrée par tant de faits, et qu'on n'a pu nier qu'en fermant les yeux à l'évidence. En revanche, il est beaucoup moins affirmatif ou plutôt il est résolument négatif en ce qui concerne la contagiosité. Les faits positifs qu'on a rapportés à l'appui de celle-ci sont tous discutables et il est probable que, pour nombre d'entre eux, il y a eu erreur de diagnostic et notamment confusion de la lèpre avec la syphilis. Après vingt années de recherches, notre confrère déclare n'avoir pas rencontré encore un seul cas de contagion bien et dûment établi. C'est là une remarque assez consolante, et qui, soit dit en passant, n'est guère favorable à la notion de spécificité et à la théorie bacillaire, qui se trouve ici en défaut. Il est vrai que nous constatons le même désidératum quand il s'agit de la tuberculose, dont la contagiosité n'apparaît pas très clairement à certains esprits. Toujours est-il que de ce chef, il règne encore dans l'histoire de la lèpre une certaine obscurité et qu'il y subsiste des lacunes regrettables que l'observation ultérieure arrivera peut-être à combler.

Heureusement que la prophylaxie n'a pas attendu l'établissement de ces notions définitives pour intervenir d'une manière efficace. Partant de cette idée que la lèpre est avant tout une maladie de misère, il est évident que l'amélioration de la situation matérielle des populations, que la création et la diffusion du bien-être représentent la première condition à remplir pour atténuer les ravages de la maladie et pour limiter ses progrès. Du reste, en confirmation de cette donnée, nous voyons qu'elle a disparu de la plupart des contrées européennes, au fur et à mesure de l'amélioration de la santé générale et du perfectionnement de l'hygiène publique. Vraisemblablement un temps viendra où elle disparaîtra sans retour, n'ayant plus alors, pour figurer dans les traités de pathologie, d'autre titre que le souvenir déjà effacé de ses ravages passés. D'ailleurs la notion de curabilité s'est affirmée depuis quelques années, en ce qui la concerne, par le fait même des progrès de nos connaissances relatives à ses origines et à sa nature. Actuellement, les médecins ne doivent plus perdre leur temps à chercher dans la voie de la thérapeutique interne, le secret de cette curabilité, qui réside plutôt dans le traitement local dont la supériorité n'est plus à démontrer, après les succès obtenus vis-à-vis d'une maladie très voisine, la tuberculose. Ainsi, dans la forme tuberculeuse la destruction *in situ* des nodules cutanés paraît encore le moyen le plus sûr pour empêcher l'exode et la colonisation à distance des bacilles importateurs et générateurs de la maladie. Nous sommes peut-être moins bien armés contre la lèpre nerveuse, qui ne relève pas autant de l'intervention directe et nous attendons encore un moyen pour agir efficacement sur la tendance dystrophique qui la caractérise. Pourtant quelques médicaments ont donné des succès (ergot de seigle, huile de chaulmogra) qui autorisent, le cas échéant, de nouveaux essais.

En résumé, pour clore le débat, nous dirons avec M. Zambaco que la lèpre est une maladie microbienne, bacillaire, transmissible par hérédité, fort peu ou nullement transmissible par contagion. Telle est la conclusion majeure à tirer des plus récentes acquisitions de la science. Il appartient maintenant au praticien de tirer parti de celles-ci, à l'effet de changer le pronostic d'une maladie dont le nom seul était jusqu'ici à peu près synonyme d'incurabilité.

P. M.

VARIÉTÉS

MORT DU Dr ÉMILE BLANC

SEPTICÉMIE SURAIGUË PAR INFECTION DIGITALE D'ORIGINE PUERPÉRALE, par M. A. PONCET, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Lyon.

J'écris ces lignes sous le coup d'une douloureuse émotion. Un de nos jeunes chirurgiens les plus aimés, les plus distingués, vient de succomber, malgré tous nos efforts, victime du devoir professionnel.

Le Dr Emile Blanc est mort dimanche matin, emporté à l'âge de 35 ans, par une septicémie suraiguë, d'origine puerpérale.

C'était une figure bien connue que celle de notre regretté confrère. Partout où l'on travaille, à l'hôpital, à la Faculté, on le rencontrait journellement. Ancien chef de clinique d'accouchements, il s'était plus particulièrement occupé de gynécologie. Ses importants travaux de clinique et d'anatomie obstétricales lui avaient valu une juste notoriété (1).

(1) Je viens de parcourir l'*Exposé des Titres et Travaux scientifiques* qu'il fit l'année dernière à propos du concours d'agrégations où il se fit remarquer à tant de titres. Je n'ai pas compté moins de 34 publications Toutes dénotent les mêmes qualités de travail, d'originalité et de rigueur scientifiques. C'est dans le *Lyon médical*, dans la *Province médicale*, dans les *Archives de tocologie*, dans les *Annales de gynécologie*, dans les *Archives de physiologie*, qu'ont paru ses principaux travaux.

On n'a pas oublié ses recherches : *Sur la toxicité urinaire chez la femme enceinte ; Sur l'action pathogène d'un microbe trouvé dans l'urine d'éclamptiques*, etc., ses mémoires d'un grand intérêt sur les : *Présentations du front ; L'opération césarienne ; La structure du segment inférieur de l'utérus à la fin de la grossesse*, etc.

Chacun connaissait son érudition, ses connaissances générales étendues, qu'il augmentait chaque jour par un travail opiniâtre. Il était candidat aux prochains concours et ses compétiteurs, ses nombreux amis, savaient qu'il était homme à ne pas se rebuter, à poursuivre jusqu'au bout le but qu'il voulait atteindre.

C'est rendre un suprême hommage à la mémoire de ce travailleur infatigable, si bien fait pour les grandes luttes et le succès, c'est honorer le corps médico-chirurgical que de raconter une telle mort.

Mardi 23 mai, vers les 8 heures du matin, il pratiqua chez une de ses malades atteinte d'accidents puerpéraux, l'extraction de débris placentaires. Il n'avait à ce moment aucune blessure apparente, aucune excoriation visible, si ce n'est vers la rainure latéro-unguéale de l'index gauche, une dénudation en apparence insignifiante, occupant un point très limité. Il ne s'aperçut même de cette petite déchirure épidermique, de cette « envie » que lorsqu'il se sentit gravement malade. Il éprouva alors à ce niveau une légère douleur. Lorsque je le vis pour la première fois quarante huit heures après le début des accidents, la douleur avait disparu et localement on ne trouvait aucun signe d'une lésion inflammatoire.

Le même jour, à deux heures de l'après-midi, six heures environ après le contact suspect, il éprouva tout à coup une douleur très vive dans l'aisselle correspondante. Cette douleur intense qui fut le phénomène initial, devait bientôt s'accroître encore et par sa seule acuité éveiller déjà de grandes inquiétudes. La main, l'avant-bras, le bras restaient indemnes. Pas la plus petite rougeur cutanée, pas la moindre traînée angioleucitique ne révélaient une infection locale qui, d'emblée, frappait le creux axillaire.

A 4 heures, deux heures après l'apparition de la douleur dans l'aisselle, éclatèrent des phénomènes généraux. Ce fut d'abord un frisson, pas très violent, mais des sensations de froid, des horripilations continues, pendant une à deux heures, puis des nausées, des vomissements qui devaient à intervalles plus ou moins longs, persister pendant les deux premiers jours.

E. Blanc ressentait, en même temps, un malaise indéfinissable, une sensation de prostration, d'anéantissement qui ne lui laissaient pas de doutes sur la gravité de son état.

Il jugea immédiatement qu'il était frappé à mort. A ce moment, sous le coup d'une dépression générale profonde, accablé par la souffrance, il se couchait pour ne plus se relever.

La nuit qui suivit fut mauvaise, agitée. Le lendemain matin, la température, qui avait été la veille au soir de 40°, était de 39,7.

Il se plaignait de céphalalgie, de frissons erratiques, mais surtout de la même douleur atroce dans l'aisselle gauche et dans la paroi thoracique correspondante. Le moindre mouvement du bras, la plus légère pression exacerbaient ses souffrances.

Le doute n'était plus possible. Il s'agissait bien d'une septicémie aiguë, d'autant plus redoutable que l'on se trouvait en présence d'une infection générale d'emblée, sans jalons laissés sur sa route, sous forme de panaris, de lymphangite. Ce fut l'opinion de mon distingué collègue le Dr Rochet, qui dès le début avait considéré comme des plus graves l'état de notre malheureux ami.

Lorsque je vis E. Blanc, le jeudi à 1 heure de l'après-midi, la température avait été le matin même de 41° ; à midi, elle était descendue à 40°,3.

La peau était sèche, brûlante, le pouls entre 120 et 130.

Le bras gauche accolé au tronc ne pouvait être déplacé sans éveiller des douleurs horribles qui se produisaient, du reste, spontanément, sous forme de lancées, de meurtrissures profondes.

L'examen local, rendu dès lors très difficile, ne donnait pas d'indications bien précises.

On pouvait constater cependant un léger gonflement, sans changement de coloration de la peau, au niveau de la paroi antérieure du grand pectoral et de la partie antéro-interne de l'épaule.

Cette tuméfaction s'étendait jusqu'aux creux sus-claviculaire gauche, elle était même plus nette au-dessus de la clavicule que dans les régions voisines. A ce moment le facies était encore bon, la respiration normale. Il n'existait aucun signe de dyspnée, d'angoisse respiratoire, et nous cherchions tous dans la constatation de l'un de ces signes, dans l'absence de l'autre, une lueur d'espérance.

Il me sembla que tout espoir n'était pas absolument perdu, surtout si l'on intervenait énergiquement *ferro et igne*, si l'on détruisait le foyer infectieux dans la région où il s'était primitivement cantonné. Une intervention sanglante fut donc décidée, et d'autant mieux acceptée par notre courageux confrère, qu'il pensait y trouver un soulagement à ses horribles douleurs.

L'opération fut pratiquée le jeudi à 6 heures du soir avec l'assistance de mes collègues Gangolphe et Jaboulay, des Drs Adenot, Cartillet et Loyson.

Le creux axillaire était tuméfié, la peau présentait sa coloration normale. Il semblait cependant qu'en quelques points elle fût légèrement ardoisée. A la pression on percevait une sensation d'œdème mollasse, profond, d'une sorte de faux œdème, ne conservant pas l'empreinte du doigt. Le gonflement s'étendait en avant et au-dessus de l'aisselle, où il devenait de moins en moins appréciable.

Une large incision suivant le bord inférieur du grand pectoral mit rapidement à nu la cavité axillaire, elle fut complétée par une autre longue incision tombant en son milieu et suivant le bord axillaire de l'omoplate.

Le tissu cellulaire était œdémateux, d'une couleur safranée. J'enlevai un ganglion du volume d'une dragée et trois à quatre autres ganglions, des dimensions d'un petit pois. Ils étaient mous, friables. Le plus gros nettement œdémateux, infiltré de sérosité, présentait sur la coupe un piqueté rougeâtre, et à son centre un petit foyer ecchymotique. Nul indice de suppuration.

La même opération fut pratiquée dans la région sous-claviculaire. Chaque plaie et les tissus avoisinants furent largement et profondément cautérisés avec des fers rouges. Un pansement antiseptique à ciel ouvert compléta l'intervention.

L'opération amena une détente immédiate. Les douleurs jusqu'alors intolérables, disparurent complètement ; la nuit qui suivit fut plus calme.

Le vendredi matin la température était de 39°,5.

L'état général semblait meilleur. Le malade prenait de l'alcool en abondance. On ne constatait aucun symptôme particulièrement alarmant. Les douleurs spontanées avaient complètement disparu. Mais dans la soirée la respiration devint plus fréquente (26 à 28 respirations par minute).

Le pouls, qui jusqu'alors avait été à 120, dépassait 130 ; il devenait mou, dépressible. Le thermomètre marquait 40°.

A dix heures du soir, l'état général était certainement plus mauvais. Pendant la nuit, l'agitation s'accrut, la dyspnée augmenta, il y eut un subdélirium presque continu.

Vers les deux heures du matin, les mêmes douleurs reparurent aussi intensives qu'avant l'opération. Elles occupaient le voisinage de l'aisselle, elles s'étendaient en avant jusqu'au sternum. En arrière elles dépassaient l'angle inférieur de l'omoplate pour s'irridier en haut du côté de la région cervicale.

Elles présentaient les mêmes caractères de spontanéité, et la moindre pression les exaspérait.

A 8 heures du matin le thermomètre indiquait comme température 39°,8.

Lorsqu'on renouvela le pansement dans la matinée du samedi 27 mai, les surfaces cruentées étaient sèches, d'une coloration jaune cuivrée. Quelques gouttes de sang noir et fluide s'écoulèrent au dehors. Au pourtour des deux foyers infectieux on constatait de nouveau la présence d'un léger gonflement dont les limites n'étaient pas appréciables à la vue. Cette tuméfaction si peu marquée et qui dépassait les plaies de quatre à cinq travers de doigt, nous était surtout révélée par les douleurs que provoquait le plus léger contact.

A partir de ce moment, toute chance de salut était perdue, le phlegmon septique, sans formation de gaz, sans apparence de gangrène, envahissait au loin le tissu cellulaire. L'empoisonnement général faisait des progrès rapides.

Dans l'après-midi, vers les deux heures, la situation empira brusquement. Aux souffrances épouvantables s'ajouta une dyspnée intense, de véritables accès de suffocation qui mirent le comble aux tortures de notre pauvre ami. Il réclamait à grands cris de l'air, il sollicitait une trachéotomie.

Cette situation lamentable prit fin sous l'influence d'une injection sous-cutanée de 0,01 de morphine et après quelques inhalations de chloroforme.

Les heures qui suivirent furent relativement calmes, mais la respiration était encore de 60 par minute. Le pouls, de plus en plus petit, se dérobait sous le doigt; à minuit, je comptais 180 pulsations, puis survinrent des sueurs profuses, un subdélirium tranquille, etc. Le dénoûment était proche. Emile Blanc mourait le dimanche matin, 28 mai, à sept heures.

Dans cette septicémie à forme presque foudroyante, l'incubation a été de six heures environ. La première manifestation locale s'est montrée dans l'aisselle correspondante au doigt inoculé. Elle s'est révélée par une douleur d'une violence inouie que rien à priori ne pouvait expliquer. Huit heures après ont éclaté des phénomènes généraux graves que l'opération a paru enrayer pendant vingt quatre heures. C'était un répit de bien courte durée. L'infection reprenait bientôt sa marche envahissante et le malade succombait le matin du cinquième jour.

Dans cette histoire lamentable un fait nous a beaucoup frappé : l'acuité extrême des douleurs à point de départ ganglionnaire.

Ces douleurs n'étaient pas justifiées par l'intensité des phénomènes inflammatoires apparents, par le sphacèle, par l'étranglement des tissus, etc., le gonflement était à peine appréciable.

C'est dans une toxémie locale agissant sur les éléments nerveux périphériques qu'il faut en chercher l'explication.

Dans la gangrène froudroyante qu'engendre le vibrion septique, j'ai souvent noté ces douleurs particulièrement vives, mais c'est la première fois que dans une septicémie d'une autre nature, septicémie cliniquement à forme sèche, presque sans lésion locale, je vois un œdème infectieux limiter donner naissance à des souffrances aussi aiguës et aussi tenaces.

La clinique nous enseignait, hélas! une virulence extrême des germes pathogènes qui, à dose infinitésimale, avaient si rapidement pénétré dans le réseau lymphatique, et bientôt dans le torrent circulatoire. Des cultures en ont démontré le bien fondé (1). Une goutte de sérosité provenant du gros ganglion a ensemencé un tube de bouillon en moins de vingt-quatre heures. Le liquide s'est troublé dans sa totalité. L'agent infectieux était le streptocoque qui, peu virulent, colonise sous forme de flocons, de petits grumeaux, et donne, au contraire, un état trouble de tout le liquide ensemencé, lorsque ses propriétés pathogènes sont à leur maximum.

Et maintenant que nous avons suivi heure par heure le calvaire si durement gravi par celui qui n'est plus, maîtres, amis, camarades, inclinons-nous une dernière fois devant cette tombe si prématurément ouverte où disparaissent tragiquement tant d'efforts et tant d'espérances.

La mort d'Émile Blanc laisse dans le cœur de tous ceux qui l'ont connu de profonds regrets.

NOTES ET INFORMATIONS

Comité consultatif d'hygiène publique de France (séance du 12 juin). — M. H. Monod, directeur du service, rend compte de la situation sanitaire à l'intérieur.

Choléra. — Le choléra semble avoir disparu du Morbihan. En Vendée, il n'y a plus eu que 6 décès depuis le 8 juin. La maladie s'est montrée dans quelques villes du midi, plusieurs délégués de l'administration se sont rendus sur les lieux. Dans le département de l'Hérault, l'administration a envoyé M. Demaye qui nous a écrit : « à l'hôpital de Cette, il n'y a « aucun malade atteint d'affection cholériforme; tout cas de « ce genre est immédiatement envoyé au lazaret. Celui-ci est « établi dans un sanatorium dépendant de l'hôpital et situé « au bord de la mer. Le 7 juin, il y avait, dans ce lazaret, « deux hommes et trois femmes; l'une de ces dernières est « décédée le 8 au matin. » Certaines localités de l'Aude ont été atteintes, dont la plus frappée a été Carcassonne. Mais là même, dans les dernieres quarante-huit heures, il n'y a plus

(1) Voici la note qui m'a été remise au sujet de ces cultures par mon chef de laboratoire, M. le Dr L. Dor :

« Le gros ganglion qui a servi aux ensemencements présentait un tout petit foyer hémorrhagique, mais pas d'abcès.

« Le lendemain les bouillons ensemencés étaient troubles, ils offraient le trouble général du bouillon qui est caractérisque des cultures de streptocoques très virulents. A l'examen microscopique il n'y avait que des streptocoques.

« Le 29 mai au matin, j'ensemençai un tube de gélatine, la culture était déjà apparente le 29. Le 30 au matin, on pouvait constater le long de la strie, à la surface de la gélatine, une série de petites colonies grisâtres se touchant toutes, et donnant à l'ensemble du dépôt un aspect chagriné, absolument identique à celui d'une culture faite le 24 mai avec le pus d'une péritonite puerpérale, et qui était également des streptocoques. »

Blanc devait offrir un terrain particulièrement favorable à la virulence streptococcienne. Surmené, diabétique depuis quelque temps, il réalisait humainement certaines conditions expérimentales mises en relief par O. Bujwid, qui augmentait la virulence des streptocoques en ajoutant du glucose aux milieux de culture.

eu que 3 décès, tous 3 de vieillards très affaiblis. M. le Dr Mosny est installé à Alais. C'est là que la situation paraît le plus grave. Avant-hier, à 5 heures du soir, le total des décès était de 61.

M. Proust, inspecteur général des services sanitaires, rend compte de la situation à l'extérieur.

Malaisie. — Le choléra règne à l'état épidémique à Malacca-Turquie. Le choléra sévit avec intensité à Bassorah et dans les environs. Il a été signalé, par des télégrammes de Bagdad en date du 1er juin, comme ayant débuté à Chatra, à Amara et à Bassorah. Des télégrammes subséquents de Bagdad nous ont appris que la maladie est en voie d'accroissement assez rapide. D'après un bulletin, il y aurait eu, du 17 mai au 15 juin, 126 décès cholériques dans les trois localités susmentionnés. On ne connaît pas l'extension de l'épidémie, qui paraît s'être étendue sur plusieurs tribus des environs d'Amara, ville située sur le bas Tigre, un peu en amont de Konna, ainsi que dans les nombreux villages des riches palmeraies de la plaine de Bassorah. Le point le plus menacé actuellement est Bagdad. Le Conseil de santé a adressé à la Sublime-Porte des instructions pour enrayer la marche envahissante de la maladie. Le choléra s'est déclaré à la Mecque : le 9 juin, il y a en 18 cas. Depuis, le nombre des décès s'est élevé à 70. La situation est d'autant plus grave que le pèlerinage doit avoir lieu bientôt.

Fièvre jaune. — *Brésil.* — Dans l'Amérique du Sud de la santé publique s'est améliorée à Rio-Janeiro et à Bahia. Au contraire, à Santos, l'état sanitaire du pays et de ses environs est toujours mauvais. Typhus.

Typhus *New-York.* — D'après le rapport du département de la santé de la ville de New-York pour la semaine finissant le samedi 13 mai 1893, lequel a été ce jour au consulat général, il y a eu, pendant les treize semaines finissant le 13 de ce mois, 70 décès occasionnés par le « typhus fever ». Pendant les quatorze semaines finissant le 13 mai, il y a eu 190 cas de « typhus fever » dont 9 pour la semaine finissant le 6 mai et 17 pour celle finissant le 13. Durant la semaine finissant le 13 mai, il y a eu 14 décès par « typhus fever ».

France. — M. Chantemesse, inspecteur général adjoint, donne les renseignements suivants : Lille. Pendant la semaine dernière on a observé encore quatre cas de typhus à Lille. — Seine-Inférieure. Plusieurs cas de fièvre typhoïde ont été signalés dans le département de la Seine-Inférieure.

M. Netter donne lecture d'un rapport relatif aux origines de la récente épidémie de typhus exanthématique. (Voir *Journal officiel* du 13 juin.)

NOUVELLES

Nécrologie. — M. Peter.

M. Charles-Félix-Michel Peter né à Paris, le 5 novembre 1824, est décédé à Paris, le 9 courant.

Entré fort tard dans la carrière médicale, M. Peter y avait conquis rapidement une des premières places, grâce à un travail opiniâtre et une aptitude remarquable servis par les qualités d'un esprit très alerte. Correcteur dans une imprimerie, après avoir fait d'excellentes études littéraires, il était interne des hôpitaux (le premier de la promotion au concours de 1854), docteur en médecine en 1859, chef de clinique (le premier au concours de 1863), agrégé de la Faculté au concours de 1866 (le second de la promotion), médecin des hôpitaux (le premier au concours de 1866), il était nommé professeur titulaire de pathologie interne en 1877 et professeur de clinique en 1886.

M. Peter, excellent clinicien, élève distingué de Trousseau, s'occupait avant tout du malade et les recherches de laboratoire ne l'attiraient pas. Il a donné des leçons excellentes, parce qu'il était bon observateur, mais le temps a marché depuis Trousseau et notre savant confrère se tenait peut-être trop systématiquement, en tant que professeur, en dehors des sciences accessoires à la médecine. Il faut ajouter qu'il était fort dévoué à ses élèves, à ses malades et à ses amis.

Nommé membre de l'Académie en 1878, il était fort assidu aux séances et aux commissions et il occupait parfois la tribune, pour combattre avec ténacité les doctrines microbiennes, mais ses meilleurs amis trouvaient qu'il allait trop loin et qu'il nuisait à sa cause ; son esprit l'entraînait et il avait beaucoup d'esprit.

Il faut citer parmi ses travaux, ses *Leçons de clinique médicale*, un grand nombre sont bonnes, celle sur l'artério-sclérose est remarquable : *Recherches sur la diphthérie* (1859) ; *Angine diphthéritique* (1866), en collaboration avec H. Roger ; les *Maladies médicales du larynx* (1869), en collaboration avec Krishaber ; les *Maladies virulentes* (1863) ; *Traité clinique et pratique des maladies du cœur* (1877).

Les obsèques du professeur Peter ont eu lieu au milieu d'une affluence considérable. Conformément à la volonté du défunt, il n'y a pas eu de discours. Les cordons du char funèbre étaient tenus : par M. Laboulbène, président de l'Académie de médecine, Brouardel, doyen de la Faculté de médecine de Paris, Gréard vice-recteur, représentant le Conseil académique de Paris, Lannelongue, président de l'Association générale, Peyron, directeur de l'Assistance publique, Martinet, représentant les anciens élèves du distingué professeur.

Faculté de médecine de Paris. — Prosectorat. — Le concours s'est terminé par la nomination de MM. Guillemain et Souligoux.

Faculté des sciences. — M. Grimbert, pharmacien des hôpitaux, a été reçu docteur ès sciences, le 4 mai 1892, sa première thèse a pour titre : *Fermentation anaérobie* produite par le *bacillus orthobutylicus*, ses variations sous certaines influences biologiques.

Ecole de médecine de Grenoble. — Par arrêté en date du 10 juin, un concours s'ouvrira le 18 décembre 1893, à la Faculté de Lyon, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicale.

— Un concours s'ouvrira le même jour devant l'Ecole de médecine de Grenoble pour l'emploi de chef des travaux anatomiques et physiologiques. Les registres d'inscription seront clos un mois avant l'ouverture desdits concours.

Corps de santé des colonies. — Par décret en date du 8 juin 1893, sont nommés : *au grade de médecin en chef de 1re classe*, M. Grall (Charles-Théodore-François-Marie), médecin en chef de 2e classe ; *au grade de médecin en chef de 2e classe*, MM. Chédan (Ernest-Alexandre), Mivard (Jean-Raoul), médecins principaux ; *au grade de médecin principal*, MM. Devoti (François), Parnet (Emile-Louis-Marie-François), médecins de 1re classe ; *au grade de médecin de 1re classe*, MM. Texier (André-Amédé), Portel (Léon-Félix-Auguste) ; *au grade de médecin de 2e classe*, M. Allain (Jean-Marie), médecin de 2e classe de la marine.

Enseignement populaire supérieur, subventionné par la ville de Paris. — **Cours d'hygiène sociale** : professeur M. le Dr A.-J. Martin. La conférence pratique du dimanche 18 juin 1893 aura lieu à l'Hôtel de Ville, à 9 heures 1/2 très précises du matin. Le professeur traitera du chauffage, de la ventilation, etc.

Le Rédacteur en chef et gérant : **F. de Ranse.**

Paris. — Typ. A. Davy, 52, rue Madame. — *Téléphone.*

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Rédacteur en chef : **M. le Dr F. DE RANSE**

Comité de Rédaction : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN
J. ARNOULD (de Lille), P. FABRE (de Commentry), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon)

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, avenue Montaigne (Rond-Point des Champs-Élysées

CLINIQUE CHIRURGICALE

STATISTIQUE ET OBSERVATIONS DE CHIRURGIE HOSPITALIÈRE,

Par le Dr Polaillon,
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu, professeur agrégé à la Faculté,
Membre de l'Académie de médecine.

(Suite) (1).

5° *Lipomes.*

1 cas, 1 homme, 1 opéré, 1 guéri.

Cette tumeur siégeait sur le dos du pied, et fournissait un exemple très rare de lipome d'une gaine synoviale. J'en ai recueilli l'observation (obs. 54; fig. 2).

Obs. 54. — *Fibro-lipome de la gaine de l'extenseur propre du gros orteil.* — Pl... (François Émile), âgé de 52 ans, exerçant la profession de corroyeur, est admis à la Pitié, salle Broca, n° 15, le 14 avril 1885.

Pl... a encore ses parents, très âgés l'un et l'autre. Lui-même a toujours été fort bien portant, sauf des accès de fièvres intermittentes et la fièvre jaune contractée pendant la campagne du Mexique.

C'est également du Mexique qu'il a rapporté une tumeur située sur le dos du pied gauche. Cette tumeur est apparue, il y a vingt-deux ans, à la suite d'une forte contusion produite par une roue de canon. Il eut immédiatement une bosse sanguine, ce qui ne l'empêcha pas de continuer la campagne. A la fin de celle ci la tumeur existait déjà, et avait sensiblement le même volume que maintenant.

La tumeur en question a une forme allongée, mesurant six à sept centim. de longueur et trois centim. de largeur et d'épaisseur. Elle est pour ainsi dire couchée sur le bord interne du métatarse. Elle recouvre la face supérieure du premier métatarsien et l'espace interosseux voisin. Elle est mobile sous la peau et présente le phénomène de la fausse fluctuation. Elle semble tout à fait indépendante des tendons sous-jacents; il est, en effet, facile de constater, en saisissant la masse morbide, que celle-ci reste immobile, pendant que le malade fait mouvoir le gros orteil.

(1) Voir la *Gazette médicale*, nos 13, 14, 15, 17, 18, 21 et 22, 1893.

Cette tumeur était ordinairement indolente. Mais lorsque Pl... (François) cherchait à la dissimuler dans des chaussures trop étroites, elle devenait le siége de douleurs intolérables avec tuméfaction du pied et de la jambe.

Depuis vingt deux ans, elle n'avait pas changé de volume, lorsqu'il y a quinze jours, le malade ayant laissé choir sur son pied une masse de fer assez pesante, elle se mit à grossir et devint spontanément douloureuse. Les douleurs étaient surtout intolérables la nuit, et c'est la persistance de ces douleurs qui décidèrent le malade à entrer à l'hôpital.

La consistance, l'indolence, l'état stationnaire pendant de longues années, me firent pencher vers l'idée d'un lipôme.

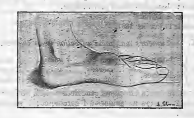


Figure 2. — Lipôme de la gaine de l'extenseur propre du gros orteil. (Dessin par M. Glover, élève du service.)

Le 21 avril, anesthésie par le chloroforme. Application de la bande d'Esmarch. Incision longitudinale qui me conduit sur une coque fibro-celluleuse entourant complétement la tumeur. Je l'énuclée facilement en dehors et en dedans; mais par la face inférieure, elle adhère à la gaine du tendon extenseur du gros orteil. Il faut disséquer et ouvrir cette gaine pour enlever complétement la masse morbide. Une grosse veine, dont les parois épaissies restèrent béantes après la section, serpentait dans la tumeur. Un gros filet nerveux, tuméfié, très douloureux à la pression était situé au-dessous d'elle. C'est probablement la compression de ce filet qui causait les douleurs intolérables que j'ai signalées.

Après l'ablation, la plaie est suturée avec cinq points de fils d'argent. Pansement de Lister ouaté.

Le 26. La réunion est immédiate. Le patient n'a plus souffert depuis l'opération.

Le 12 mai, guérison complète. L'opéré va à l'asile de Vincennes.

A *l'examen* de la tumeur, je trouve qu'elle est formée par un tissu conjonctif résistant, d'un blanc nacré, parsemé de très nombreuses vacuoles remplies de tissu adipeux. Elle offre une consistance demi molle, intermédiaire entre la consistance du fibrôme et celle du lipôme. Ses connexions intimes avec la gaine du tendon extenseur propre du

orteil m'autorisent à la considérer comme un fibrome de cette gaîne. Dans ses mouvements, le tendon glissait sans difficulté sur la tumeur, dont la face tendineuse était restée recouverte par la couche épithéliale de la synoviale.

6° *Névromes.*

1 cas, 1 homme, 1 opéré, 1 guérison.

Obs. 55. — Ch... (René), âgé de 17 ans, garçon charcutier, entre à la Pitié le 20 décembre 1890.

Depuis plusieurs semaines, il souffre du talon gauche. La douleur est venue sans cause, pendant l'exercice de sa profession, qui l'oblige à rester continuellement debout. Au premier abord, on peut penser qu'il s'agit d'une ostéomyélite du calcanéum. Mais en y regardant de près, je trouve que la région douloureuse est localisée à la face externe de l'apophyse postérieure du calcanéum. En palpant cette région, je sens un point dur dont la pression est particulièrement douloureuse. Il existe, sous les téguments, une petite tumeur, à peu près grosse comme un noyau de cerise aplati, tumeur qui est un névrôme.

Le 23 décembre. Chloroformisation. Incision et ablation de la petite tumeur, qui est, en effet, un névrôme avec épaississement du tissu sous-cutané périphérique.

Réunion immédiate.

Sortie le 14 janvier 1891.

XIX. — *Tumeurs malignes; affections cancéreuses.*

9 cas	5 hommes,	5 opérés,	4 guéris,	1 mort.
	4 femmes,	3 opérées,	3 guéries,	0 mort.
		1 non opér.,		1 mort.

La nature de ces affections cancéreuses a été : 5 épithéliomas, 2 cancers mélaniques ; 1 carcinome ; 1 sarcome (obs. 60).

J'ai constaté que 2 fois le cancer avait été consécutif à un traumatisme.

Les 7 malades affectés d'épithélioma, de carcinôme ou de sarcôme avaient tous, sauf 1, dépassé 47 ans. Les 2 malades atteints de cancer mélanique étaient jeunes (26 et 27 ans) et appartenaient au sexe féminin (obs. 56 et 57).

Sur nos 8 opérés, 5 subirent l'ablation du mal dans les parties molles, 3 furent amputés.

Le pronostic a été très grave, puisque 1 malade est mort de cachexie sans avoir été opéré (obs. 56), 1 est mort, quelques semaines après son opération, d'une affection intercurrente, il est vrai (broncho-pulmonie, obs. 59) ; 2 ont vu leur mal récidiver, et n'étaient plus en état de subir une nouvelle opération ; 5 opérés seulement ont paru définitivement guéris et n'ont pas été revus.

Obs. 56. — *Cancer mélanique du pied ; mélanose généralisée ; tumeurs mélaniques dans le cœur ; tumeurs mélaniques dans le cerveau ; aphasie ; mort* (observation recueillie par M. Ozenne.) — Le 25 février 1880, M. Dumontpallier fait passer à la salle Gerdy, service de M. Polaillon, la nommé B... (Marie), âgée de 27 ans :

Cette malade a été amenée dans le service de M. Dumontpallier, le 8 février, dans l'après-midi. Elle était plongée dans un coma profond ; nulle incitation ne l'en pouvait tirer. Les paupières étaient dilatées et immobiles, insensibles à la lumière. Pas d'odeur alcoolique. Le thermomètre dans l'aisselle marquait 38°, et le pouls battait 80 fois par minute. Il n'existait aucune lésion appréciable de l'utérus, du rectum, du cœur et des poumons. La malade allait sous elle.

Une tumeur mélanique fut constatée sur le bord interne du pied droit.

Le lendemain matin, le coma était un peu dissipé et, chaque jour, on constata une diminution sensible de ce symptôme. Il fut pourtant impossible, durant les quinze jours que B... passa dans le service, de tirer d'elle une réponse raisonnable, si bien qu'il fut un instant question de la faire passer à Sainte-Anne. Il a été également impossible d'avoir aucun renseignement sur elle de l'extérieur.

Il fallut, durant la première semaine, qu'une infirmière la fit manger. Souvent elle rejetait autour de son lit les aliments déposés dans sa bouche. On dut la porter plusieurs fois à la baignoire, où elle prenait des bains de sublimé, pour nettoyer sa peau qui était dans un grand état de malpropreté. Quand fut agitée la question de son passage en chirurgie, B... ne compris jamais les demandes qu'on lui adressa pour avoir son consentement.

Le 25 février. Entrée salle Gerdy.

Les renseignements donnés sur le passé de la malade sont à peu près nuls. Une personne, qui ne la connaissait que depuis trois mois, nous raconte que, l'ayant rencontrée par hasard, elle ignorait complètement son genre de vie antérieur ; que, durant ses relations avec B..., elle avait remarqué plus d'une fois son plaisir à prendre des liqueurs alcooliques. D'une intelligence bornée, parlant peu, B... était devenue encore plus taciturne dans les derniers jours qui ont précédé son attaque. Aucun renseignement certain n'a été fourni sur l'origine de la tumeur qu'elle portait au pied.

A la visite du 26 février M. Polaillon constate :

Au niveau du 1er métatarsien, du côté droit, une tumeur, du volume d'une grosse noix, développée aux dépens de la peau qui est mobile sous l'os sous-jacent. Cette tumeur présente une ulcération arrondie, de la largeur d'une pièce de 1 franc, bourgeonnante, à fond inégal, et entourée d'un bourrelet cutané induré. Elle ne semble réveiller aucune douleur à la pression. Autour d'elle se voient plusieurs nodosités, arrondies, bien circonscrites, dures, mobiles, du volume d'une noisette, développées sous la peau, dont l'amincissement et la transparence sont tels qu'elles laissent apercevoir leur couleur noire.

Sur le trajet des cordons lymphatiques, qui accompagnent la veine saphène interne, depuis le pied jusqu'à la racine du membre, on compte une dizaine de petites masses, de même volume que les premières décrites, et offrant les mêmes caractères, sauf la coloration noire, qui n'existe pas. Elles semblent, en effet, plus profondément situées dans le tissu sous-cutané, et sont recouvertes par la peau intacte.

Dans la région de l'aine, plusieurs ganglions, les uns à direction verticale, les autres à direction transversale, présentent un volume assez considérable.

Dans les téguments de la poitrine, on sent également un certain nombre de petites nodosités analogues aux précédentes. Sur le membre inférieur gauche, sur les membres supérieurs, de même que sur la face, il n'en existe aucune.

Le cœur, les poumons fonctionnent sans aucune altération. La vue est normale. Le toucher vaginal et le toucher rectal sont négatifs. Aucun trouble de la sensibilité. Aucun trouble de la motilité ; peut-être un peu de faiblesse dans les membres

inférieurs; mais pas de paralysie, pas de contracture. Défécations et mictions involontaires. Urine, non albumineuse, claire au moment de l'émission, se colorant en noir par addition d'acide azotique. Pouls et température normaux.

La malade garde un silence absolu. Lorsqu'on lui adresse quelques questions, elle regarde l'interrogateur et ne répond pas; ou si, à intervalles éloignés, elle ouvre la bouche, c'est pour répéter vivement la demande, mais sans accompagnement de réponse; et encore en dénature-t-elle le sens. Elle est aphasique.

M. Polaillon porte le diagnostic suivant : *Mélano-sarcôme du pied; tumeur cérébrale de même nature siégeant dans le lobe gauche.*

La généralisation de la mélanose contre-indiquait toute intervention chirurgicale.

La malade reste dans le même état une douzaine de jours, et refuse bientôt tout aliment. Elle succombe dans le marasme le 12 mars 1880.

Nécropsie. Cavité abdominale : Les reins, les uretères, la vessie, l'utérus, les ovaires, le péritoine, n'offrent à l'œil nu aucune altération. Le foie présente son volume et sa coloration ordinaires. On n'y observe aucune saillie extérieure et des coupes pratiquées en différents points ne révèlent la présence d'aucune tumeur mélanique, si petite qu'elle puisse être. La rate est petite, sans altération appréciable.

Cavité thoracique. Les plèvres ne contiennent aucun épanchement, et nulle part on n'y constate de fausses membranes. Les poumons, libres dans leur cavité, sont sains. Volume, coloration, densité, aspect extérieur, tout est normal. A la coupe, nulle trace de mélanose.

Comme les organes précédents le péricarde est intact; mais le cœur est malade. Au niveau de la pointe, intercalées entre les fibres musculaires, existent plusieurs petites nodosités, noires, dures et nettement séparées du tissu musculaire. Dans l'épaisseur des parois du ventricule droit, on en trouve quelques-unes et faisant saillie dans la cavité. L'une d'elles, pédiculée, se présente sous l'aspect d'un petit grain de raisin noir.

Dans l'oreillette droite, tant entre les colonnes charnues, qu'à la surface de l'endocarde, on voit une multitude de noyaux mélaniques, les unes isolées, les autres réunies en nombre plus ou moins grand, offrant des grosseurs différentes, mais tous ayant les mêmes caractères.

Cavité orbitaire. L'examen des orbites ne dénote la présence d'aucune tumeur mélanique. La couche graisseuse périoptique est saine, sans infiltration, sans pigmentation. De même que la cavité orbitaire, l'œil est intact, et ses différentes membranes n'offrent, à l'examen macroscopique, aucune production mélanique.

Cavité cranienne. Les méninges sont normales. Le cerveau, dépouillé de la pie-mère, ne paraît pas malade extérieurement; mais en pratiquant des coupes, on met à jour un certain nombre de petites nodosités noirâtres. Elles existent sur les deux hémisphères, dans les sillons qui séparent les circonvolutions, les unes isolées, les autres agglomérées au nombre de trois ou quatre, offrant un volume qui varie entre celui de la tête d'une épingle et celui d'une grosse perle. Ces dernières, les plus volumineuses, sont beaucoup moins nombreuses que les premières. Par leur disposition, par leur coloration non uniforme, et par l'aspect qu'elles offrent à la coupe, elles rappellent absolument l'apparence de la truffe.

Le quatrième ventricule, le ventricule moyen et le ventricule latéral droit ne contiennent pas d'épanchement, et leurs parois sont intactes. Le ventricule latéral gauche est énormément dilaté, et sa cavité est remplie par une tumeur, qui s'étend de l'extrémité de la corne frontale, à l'extrémité de la corne sphénoïdale. Peu adhérente aux parois, cette tumeur offre le volume d'un petit œuf de poule allongé, faisant surtout saillie du côté des circonvolutions frontales et pariétales correspondantes. Molle, de couleur noire, présentant à première vue quelque analogie avec un caillot sanguin, elle se laisse facilement pénétrer, et par la pression on en fait sortir un liquide qui tache les doigts à l'instar de l'encre de Chine, ou plutôt à l'instar du suc que donne la variété de cerises qu'on appelle griottte-guigne.

Les parois du ventricule ne paraissent point altérées. Aucune rugosité, aucune déchirure, aucun signe d'inflammation.

Dans le cervelet existent également quelques petites productions mélaniques. Dans le bulbe, on n'en rencontre aucune trace.

Examen histologique. Sarcome mélanique.

M. Ozenne fait suivre cette observation des réflexions suivantes :

Prise dans son ensemble, cette observation ne mériterait aucune mention spéciale, si nous nous placions uniquement au point de vue de la mélanose en général. De nombreuses observations de cette maladie ont été publiées, et son histoire est assez bien connue. Mais, dans le cas actuel, il nous a paru bon de relever quelques détails, d'attirer l'attention sur la généralisation limitée, sur la tumeur ventriculaire, dont le retentissement a été si peu marqué.

Sans insister sur l'âge de la malade, qui n'avait que 27 ans, car on sait que la mélanose est plus fréquente dans la deuxième moitié de la vie, nous rappellerons que le point de départ a été la tumeur de la peau, siégeant sur le pied. Or, d'après la plupart des auteurs, ce siège, le tégument externe, de même que l'œil est celui qui s'accompagne ordinairement de la généralisation la plus étendue. Chez notre malade, il y a eu exception, puisque le cœur et la masse encéphalique sont les seuls organes qui aient été atteints. Peut-être les autres organes n'ont-ils pas eu le temps d'être affectés.

Nous remarquons encore que l'œil, qui est, presque aussi souvent que la peau, le siège primitif de la production mélanique, en a été exempt; ce qui vient confirmer ce fait, depuis longtemps signalé, que la généralisation envahit moins souventles organes, dans lesquels se développe primitivement la maladie.

Cette absence de mélanose du côté de l'orbite et du côté de l'œil, qui avait été constatée durant la vie, était peut-être le seul signe ayant quelque valeur, qui permit de porter le diagnostic de mélano-sarcôme de la peau, avec tumeur cérébrale de même nature. En effet, il n'y a aucun signe clinique certain, qui puisse faire dire: telle tumeur cutanée est un mélano sarcôme; telle autre est un mélano-carcinôme. Aussi doit-on songer à la première variété, lorsqu'en présence d'une mélanose généralisée, on note l'intégrité de l'appareil oculaire, le mélano-sarcôme *secondaire* de l'œil n'ayant jamais été constaté, suivant MM. Cornil et Trasbot.

D'autre part, l'œil étant indemne, était-on en droit, malgré les troubles intellectuels observés, de supposer une tumeur cérébrale? Il semble que la réponse dût être négative, si l'on s'en rapporte aux observations antérieures et à la conclusion qu'on en a tirée, à savoir que la généralisation du côté du

cerveau est presque toujours la conséquence d'une mélanose primitive de l'œil et de l'orbite. Le cas que nous publions, doit donc encore, sur ce point, rentrer dans l'exception.

Enfin nous ferons remarquer que la tumeur ventriculaire ne s'est accompagnée d'aucun trouble de la sensibilité : pas d'hyperesthésie; pas d'anesthésie, (sauf peut-être au moment de l'attaque comateuse, dont la cause est restée ignorée. En tout cas, cette anesthésie n'aurait duré que quelques heures. Quant à la motilité, elle est restée intacte : ni paralysie, ni convulsions, ni contractures. Ces faits viennent donc à l'appui des expériences que M. le Dr Cossy a pratiquées sur les ventricules latéraux et qu'il a publiées dans son excellente thèse. Bien que cet auteur n'ait eu en vue que les épanchements séreux, sanguins ou purulents, ce cas de tumeur mélanique n'en vient pas moins confirmer le conclusion qu'il a formulée en ces termes : les épanchements ventriculaires séreux, sanguins ou purulents, peu abondants et surtout développés graduellement, lentement, ne s'accompagnent pas de phénomènes convulsifs. Mais, d'un autre côté, nous devons signaler l'aphasie, qui trouve son explication dans la compression que la tumeur exerçait sur les circonvolutions voisines et en particulier sur la circonvolution de Broca.

Obs. 57. — *Cancer mélanique du pied ; ablation ; guérison momentanée ; récidive.* — La nommée F... (Louise), âgée de 26 ans, exerçant la profession de blanchisseuse, entre dans mon service le 25 février 1891. Elle m'apprend qu'elle portait, depuis sa naissance, sur la plante du pied droit, une tache de couleur noire. Il y a deux ans, cette tache ayant été irritée, s'excoria, et produisit des bourgeons mamelonnés.

Au moment de l'entrée à l'hôpital je constate un épithélioma végétant, gros comme une noisette, mais sans coloration spéciale pouvant me faire croire à un sarcôme mélanique.

Le 26 février, j'enlève très largement la tumeur avec le bistouri. Suture de la plaie et pansement de Lister.

La réunion immédiate échoua en partie, et la petite plaie opératoire se guérit par suppuration.

Le 1er avril l'opérée allait en convalescence au Vésinet.

Au mois de juillet de la même année, Louise F... s'aperçut que les ganglions inguinaux droits augmentaient de volume.

Au mois d'octobre, elle devint enceinte, et accoucha à terme le 6 juillet 1892. Elle allaita son enfant pendant trois mois, et cessa parce qu'une tumeur se développait dans le sein gauche.

Le 6 novembre 1892, elle vint me voir à la Pitié. La cicatrice de l'opération du pied était souple et parfaite. Mais les ganglions de l'aine formaient une tumeur mamelonnée, brunâtre, plus grosse que les deux poings. La tumeur du sein avait tous les caractères d'une tumeur maligne. Notre ancienne opérée était pâle, anémique, en pleine cachexie cancéreuse.

Le développement de la tumeur du pied sur une tache noire, l'envahissement précoce des ganglions inguinaux, l'aspect noirâtre de ces ganglions à travers la peau amincie, tout cet ensemble de signes ne peut guère faire hésiter sur le diagnostic de cancer mélanique. Je n'ai pas constaté d'autres tumeurs à l'extérieur; mais celles, qui existaient, suffisaient à porter un pronostic des plus graves.

Obs. 58. — *Epithélioma récidivant après l'amputation du gros orteil; nouvelle amputation; guérison.* — Marie H..., âgée de 52 ans, exerçant la profession de concierge, est entrée, le 2 février 1880 à la Pitié.

Aucune maladie grave antérieure. Antécédents héréditaires nuls. Menstruation de 16 à 35 ans normale.

En 1875, apparition, au niveau de la 1re et de la 2e phalange du gros orteil droit, d'une rougeur qui occupe, sur la face dorsale, une largeur de un centime. Pendant une année, cette plaque rouge s'élargit un peu, saillit davantage au-dessus de la peau, qui s'épaissit, et resta ainsi sans s'accompagner d'aucune douleur spontanée. Mais sous la pression de la chaussure, la malade y perçoit de temps en temps des picottements. Un vésicatoire y est appliqué. De cette époque date une ulcération peu profonde, qui augmente graduellement de largeur, laissant suinter un liquide grisâtre et étant le siége de douleurs vives, presque continues avec d'exaccerbation par moments.

En mars 1878, l'ulcération occupe toute la face dorsale du gros orteil en largeur, et présente l'étendue d'une pièce de un sou. Son fond est grisâtre, irrégulier. Elle laisse écouler du liquide en très petite quantité.

Le 18 mars 1878, M. Polaillon ampute l'orteil, dans la continuité de la 1re phalange. Un pansement phéniqué est appliqué, et, six semaines après l'opération, la malade quitte l'hôpital, bien qu'il reste encore une petite surface de la plaie non cicatrisée.

Un mois après, loin de s'être cicatrisée, la plaie paraît s'être élargie et est, de nouveau, le siége de douleurs assez intenses. La malade rentre à la salle St-Jean, y séjourne six semaines, durant lesquelles on cautérise la plaie au moyen du fer rouge. La cicatrisation complète n'est pas obtenue; et depuis plusieurs mois, l'ulcération s'est agrandie en devenant de plus en plus douloureuse, et en mettant obstacle à la marche.

Etat actuel. Au niveau de l'extrémité amputée du gros orteil, existe une tumeur ulcérée, qui a doublé le volume de cet orteil, une ulcération, de la largeur d'une pièce de un franc repose sur cette masse indurée, et offre un fond gris, rougeâtre, inégal, irrégulier, ayant de l'analogie avec des bourgeons charnus, peu vivaces. Ses bords sont indurés, taillés à pic et dentelés. De sa surface s'échappe une petite quantité de liquide grisâtre.

La peau environnante, épaissie, douloureuse à la pression, est rouge veineuse dans une étendue de un centimètre. Sur le bord externe, dans la direction de la commissure digitale, on remarque quelques petits tubercules ulcérés de la grosseur d'une tête d'épingle, et disposés en forme de triangle, à sommet répondant à l'espace interdigital.

Le reste de la phalange et le métatarsien du gros orteil sont manifestement hypertrophiés.

Dans l'aine et à la partie supéro interne de la cuisse existent quelques ganglions engorgés non douloureux. Parmi eux, l'un, à direction verticale et en même temps le plus inférieur, est plus volumineux que les autres.

Sur le reste du corps, on ne trouve aucune lésion ; et bien qu'il n'y ait pas d'antécédent syphilitique, on soumet la malade, pendant quelque temps, à l'iodure de potassium. Aucun résultat n'est obtenu.

Opération le 12 février. Chloroformisation. Emploi de la bande d'Esmarch. Amputation dans la continuité du 1er et du 2e métatarsien. Deux ligatures au catgut. Sept points de suture avec fils d'argent. Pansement de Lister.

Le 14. La malade a souffert beaucoup pendant la journée de l'opération, ainsi que le lendemain. Pas de sommeil. Un peu de fièvre.

1er pansement. Lavage à la solution phéniquée (au 20e). On retire 2 fils.

Le 16. 2e pansement. 2 fils sont enlevés. La plaie est en bon état. La malade n'accuse que de l'insomnie et quelques légères douleurs.

Le 18. Les derniers fils sont enlevés. Les bords de la plaie sont rougeâtres, un peu congestionnés; la sensibilité y est très accusée.

Réunion par 1re intention des parties profondes; mais les lèvres de la plaie se sont sphacélées dans une étendue de quelques millimètres. Le fond de la plaie va bien. On continue le pansement de Lister.

Du 25 février au 10 mars, les lambeaux sphacélés s'éliminent, et la plaie marche vers la cicatrisation en donnant un peu de suppuration.

Il y a de l'insomnie que la malade rapporte à quelques douleurs qu'elle ressent encore dans le pied.

Le 21. La cicatrisation est complète. La malade ne peut encore poser le pied sur le sol, sans être péniblement incommodée.

Le 31. Elle est conduite à Saint-Louis pour le moulage de son pied.

Elle sort guérie le 1er avril.

L'examen histologique a montré les caractères de l'épithéliôma tubulé.

J'ai présenté le moule du pied partiellement amputé à la Société de chirurgie (séance du 20 avril 1881, p. 328 du bulletin). Après la seconde opération. H... (Marie) marchait très bien avec son pied mutilé. Mais la guérison ne se maintint pas longtemps. La généralisation cancéreuse survint et j'ai appris que la malade était morte chez elle.

Obs. 59. — *Epithélioma des orteils envahissant le pied; désarticulation tibio-tarsienne; mort de broncho-pneumonie tardive.* — Le nommé G... (Pierre-François), âgé de 72 ans, exerçant la profession de jardinier, se présente à la Pitié, le 2 juillet 1886, pour se faire amputer de la jambe gauche.

A l'âge de 15 ou 16 ans, une voiture lui a passé sur l'avant-pied et lui a écrasé trois orteils (les 1er, 2e et 3e). Il fut soigné pendant dix-huit mois à l'hôpital d'Argentan et sortit guéri.

Vers l'âge de 28 ou 30 ans, la cicatrice commença à s'ulcérer. Depuis cette époque la plaie n'a plus guéri. Cependant, le malade put continuer son état de jardinier, en se faisant des pansements quotidiens.

Depuis dix ans environ, le malade ressent des douleursd ans le pied. Ces douleurs s'irradient jusque dans la cuisse, et la marche est de plus en plus gênée.

Actuellement, le pied droit présente, sur sa partie supérieure et interne, une vaste plaie ulcéreuse, à bords déchiquetés, à fond bourgeonnant grisâtre, s'étendant jusqu'au scaphoïde. A la partie externe, on voit les deux derniers orteils complètement déformés.

Il s'agit d'un épithélioma rongeant et à marche lente. Il y a une pléiade ganglionnaire dans l'aine droite. L'état général n'est pas mauvais. Le malade se nourrit suffisamment. Peu d'athérome artériel. A l'auscultation du cœur le 2e temps est très sourd. Le thorax est bombé, rachitique. Dans la poitrine quelques râls; un certain degré d'emphysème.

Il y a quelques jours, le malade étant tombé sur la paume de la main gauche s'est fracturé l'extrémité inférieure du radius. La fracture paraissait consolidée au moment où le malade est entré. Il se sert convenablement de sa main. Gêne dans les mouvements de supination.

Opération le 8 juillet. Chloroformisation. Désarticulation tibio-tarsienne en prenant dans les parties saines un lambeau interne et un lambeau externe. Suture. Pansement de Lister.

Le 9. Le malade se trouve bien, T. s., 36,5. Il se plaint un peu de sa jambe.

Le 12. Quelques râles sibilants et ronflants dans la poitrine.

Le 13. Pansement. Il y a un peu de sphacèle des bords du lambeau inférieur. On enlève 2 points de suture. Lavage. Pansement avec compresses de sublimé.

Le 15. Râles de congestion pulmonaire.

Le 16. Pansement. Le sphacèle du lambeau inférieur, à la partie interne, est grand comme une pièce de cinq francs. On enlève trois points de suture.

Le 17. Le sphacèle s'étend. On enlève tous les points de suture; introduction des compresses au sublimé entre les lèvres de la plaie.

Le 19. Toujours congestion pulmonaire. Excision des parties du lambeau sphacélé. Pansement au sublimé. Le malade s'alimente un peu. T. 38°6.

Le 20. Pansement au sublimé. Le sphacèle s'étend.

Le 22. Décollement complet du lambeau. Bain au sublimé.

Le malade n'a pas de diarrhée. Il se nourrit peu. Température matinale 37°6.

Le 24. Pansement; bain au sublimé.

Le 25. Congestion pulmonaire à la base du poumon gauche; râles de bronchite dans les deux poumons.

Les portions de lambeaux qui restent, présentent une bonne vitalité. Les eschares s'éliminent.

Le 26. Râles nombreux d'œdème dans le poumon droit. Congestion à gauche.

Le 27. Pansement.

Le 28. Respiration de plus en plus gênée; ascension de température; mort, à 11 heures du soir, de broncho-pneumonie.

Autopsie le 30. *Poumons.* Le poumon gauche présente sur toute sa partie postérieure une congestion intense.

Sur le poumon droit, adhérences de nouvelle formation; œdème du lobe inférieur et moyen.

Cœur. Myocarde sain; valvules à peu près normales; pas d'athérome de l'aorte.

Reins. Un peu de congestion; se décortiquant bien.

Foie. Un peu graisseux.

Radius. Fracture avec esquille pénétrant dans l'articulation radio-cubitale et dans l'articulation radio-carpienne.

Obs. 60. — *Petit sarcome sous-unguéal simulant une exostose sous-unguéale.* — L... (Alexis), âgé de 47 ans, employé à la ville, entre dans mon service le 31 mai 1889.

Il porte une petite tumeur ulcérée, dure, douloureuse, sous l'ongle du gros orteil droit. Cette tumeur, qui soulève l'ongl, ressemble tout à fait à une exostose sous-unguéale, mais elle n'est pas apparue à l'âge de l'adolescence. Le malade ne s'en est aperçu que depuis quelques mois.

Le 5 juin, section de l'ongle, et abrasion complète de la petite tumeur avec des ciseaux.

L'examen a montré que cette production était de nature sarcômateuse.

Le 10 juin, le malade rentre chez lui.

OBS. 61. — *Papillôme du pied ; ablation ; guérison.* — Le nommé P... (Jean), âgé de 57 ans, garçon de réfectoire, entre le 27 septembre 1887, dans mon service de la Pitié.

Ce malade a eu des maux perforants qui ont nécessité la désarticulation des deux gros orteils, l'une a été faite par M. Péan, l'autre par moi le 6 avril 1886. Ces opérations ont donné un très bon résultat.

A la partie moyenne du bord interne du pied gauche, un petit abcès s'est formé, il y a quatre ans, et s'est ouvert spontanément. Il en est résulté une petite plaie qui se recouvrait d'une croûte; puis, lorsque cette croûte tombait, une nouvelle croûte analogue à celle d'un rupia, se formait, et ainsi de suite. Peu à peu, le fond de la plaie présenta de petites végétations, qui devinrent un papillôme épithéliomateux. En frottant contre la chaussure, cette tumeur dont la base présentait le volume d'une pièce de cinquante centimes, devint le siége de douleurs.

Le 29 septembre, chloroformisation. M. Thiéry, interne du service, fait l'ablation de la tumeur en la circonscrivant par une incision circulaire, puis il recouvre la perte de substance avec un lambeau pris dans le voisinage et fixé par de nombreux points de suture. Une greffe de peau de rat blanc est appliquée à la place du lambeau.

La greffe ne prit pas et s'élimina. Mais le lambeau transplanté se réunit par première intention. Le reste de la plaie se cicatrisa par bourgeonnement.

Le malade va à la maison de convalescence de Vincennes le 15 novembre.

(*A suivre.*)

PATHOLOGIE MÉDICALE

ÉTUDE SUR LE BRIGHTISME. PETITE URÉMIE, PETITS ACCIDENTS DU MAL DE BRIGHT,

Par M. DIEULAFOY (1).

Suite et fin (1).

II

Après avoir envisagé les néphrites dans leurs rapports avec l'albuminurie, étudions maintenant la question sous une autre face. Je voudrais présenter la maladie de Bright sous l'une de ses formes les plus fréquentes, et fort atténuée. Cette forme qui correspond habituellement aux phases initiales de la maladie, on pourrait la décrire sous la dénomination de *Brightisme*, ou de *petite urémie;* elle est constituée par les *petits accidents* de la maladie de Bright.

Certes, l'albuminurie constitué, quand elle existe, un appoint précieux au diagnostic, mais quand elle manque, il faut savoir s'en passer. C'est pour dépister la maladie de Bright dans ses formes obscures, l'albuminurie pouvant faire défaut, c'est pour la démasquer dés sa phase initiale et alors que les grands symptômes n'ont pas encore apparu, que j'ai cherché depuis quelques années à mettre en relief quelques signes, quelques petits accidents qui, pour être peu importants en apparence, n'en peuvent pas moins aider au diagnostic. Qu'il me soit permis de rappeler en quelques mots ces petits accidents du brightisme :

Je citerai d'abord les *troubles auditifs* qui étaient à peu près passés inaperçus. Ces troubles auditifs, beaucoup plus fréquents que les troubles oculaires, sont fort variables comme intensité. Ce sont des sifflements ou des bourdonnements dans une ou dans les deux oreilles. Ces bourdonnements sont souvent accompagnés de dureté de l'ouïe; dans l'entourage du malade, on lui fait observer qu'il devient un peu sourd et qu'il fait répéter les mots. Cette dureté de l'ouïe, ces bourdonnements, ces sifflements disparaissent ou persistent. ils sont sujets à répétition et aboutissent très rarement à la vraie surdité. Les causes de ces troubles auditifs sont multiples; à l'inspection de l'oreille on trouve une vascularisation anormale au niveau du marteau, dans d'autres cas, les lésions ne sont pas appréciables et les troubles sont probablement dus à un œdème, à une paralysie du nerf acoustique, à une différence de pression.

La fréquence de ces troubles auditifs est telle que je les ai constatés 34 fois sur les 60 observations qui ont été recueillies dans mon service et dont le tableau est annexé à cette communication.

Un de mes élèves, le Dr Bonnier. frappé de la fréquence des troubles auditifs dans le mal de Bright, a constaté que le syndrome mal défini, nommé vertige de Ménière, n'est dans bien des circonstances autre chose qu'un symptôme brightique.

Il y a donc un *vertige brightique* qui mérite de prendre rang au nombre des petits accidents du brigtisme. Dans quelques cas, ce vertige brightique, qui avait résisté à tous les traitements habituellement mis en usage contre le vertige Ménière, ce vertige brightique a cédé au régime lacté comme la plupart des autres petits accidents du brightisme. Dans mes 60 observations, le vertige brightique est consigné 13 fois.

Le symptôme du *doigt mort* qui n'avait pas, je crois, été signalé, est certainement un des symptômes les plus fréquents du brightisme. Le malade éprouve des fourmillements dans les mains ou dans les doigts, l'extrémité des doigts devient exsangue, pâle, insensible. C'est la sensation du doigt mort, sensation analogue à celle qu'on éprouve quand on a plongé un doigt dans la neige. Ce symptôme atteint les doigts des mains et bien rarement les orteils, il se localise à un ou plusieurs doigts, parfois il y a symétrie aux deux mains, rarement tous les doigts sont atteints; quelquefois la main entière est prise, c'est la main morte. Cet état dure quelques minutes, un quart d'beure, et reparaît à différents intervalles, de préférence le matin.

Le symptôme du doigt mort appartient à toutes les époques du mal de Bright et à toutes ses formes. Je l'ai parfois noté comme symptôme initial : il a donc une réelle importance dans le diagnostic du brightisme. Le symptôme du doigt mort est consigné 33 fois sur mes 60 observations.

Les *demangeaisons*, sans avoir la valeur des symptômes précédents, deviennent parfois, par leur intensité, par leur nature ou par leur précocité, un signe qui appelle l'attention et qui met sur la voie du diagnostic. Chez certaines personnes, les démangeaisons se traduisent par la sensation que donnent des cheveux qui seraient tombés sur le dos, dans le cou ou sur la poitrine.

Les envies fréquentes d'uriner ont été depuis longtemps

(1) Voir la *Gazette médicale*, n° 24, 1893.

signalées chez les brightiques (Jaccond). En étudiant ce symptôme dans ses détails, je lui ai donné le nom de *pollakiurie* afin de le bien distinguer d'un autre symptôme, la polyurie. Ces deux symptômes étaient fréquemment englobés sous la dénomination unique de polyurie, ce qui créait une confusion; la fréquence des mictions constitue un symptôme ayant sa valeur et son autonomie. Il y a dans la maladie de Bright deux troubles urinaires distincts et indépendants : l'un, la polyurie, est un trouble de sécrétion et regarde le rein; l'autre, la pollakiurie, est un trouble d'excrétion et regarde la vessie. Certains brightiques se lèvent plusieurs fois la nuit pour uriner et urinent douze et quinze fois en vingt-quatre heures, sans que pour cela la quantité de leur urine dépasse la normale. La pollakiurie peut être un des symptômes les plus précoces du brightisme; elle tient sans doute à une irritabilité spéciale de la vessie anormalement excitée par des urines qui n'ont plus leur composition physiologique.

Il y a un autre symptôme dont on paraissait ne pas s'être occupé et auquel j'attache une certaine valeur : c'est l'impressionnabilité spéciale de certains brightiques pour le froid. Bien des gens atteints de néphrite chronique ont *froid à la peau*, suivant leur expression; ils se couvrent outre mesure; ils portent double gilet de laine, ceinture de flanelle, caleçons, vêtements bien chauds; ils redoutent le contact des draps en entrant dans leur lit. Ils n'éprouvent pas la sensation de gens qui sont prêts à frissonner; c'est autre chose, l'hyperesthésie au froid semble localisée chez eux à la peau de certaines régions et cette hyperesthésie au froid n'est pas seulement provoquée par le contact d'objets froids; elle est spontanée et indépendante de la température ambiante, apparaissant aussi bien pendant les saisons chaudes que pendant les saisons froides. Pour bien mettre en lumière cette impressionnabilité spéciale de certains brightiques au froid, j'ai cru devoir la désigner par un nom spécial et j'ai proposé la dénomination de *cryesthésie* (de κρύος, froid).

La cryesthésie brightique occupe de préférence les membres inférieurs, surtout le genou, la jambe et les pieds. Un des malades de mon service ne parvenait jamais à réchauffer ses jambes toujours glacées, il les frottait et les frictionnait à tout propos. Un de ses amis, apprêteur de peaux de chat, eut l'idée de lui faire deux genouillères qu'il portait constamment, même pendant les temps chauds, et malgré ces précautions, il ne se débarrassait jamais complètement de sa cryesthésie.

Dans quelques cas, la cryesthésie est localisée à une jambe, à un genou ou à un pied; souvent elle est symétrique. La cryesthésie est signalée 32 fois sur mes 60 observations.

A côté de ces petits accidents du brightisme, se placent les *crampes dans les mollets*, depuis longtemps signalées. Ces crampes, fort douloureuses, surviennent surtout la nuit; elles réveillent les malades, les forcent à quitter leur lit tant les douleurs sont vives; elles peuvent se répéter plusieurs fois dans la même nuit, ou plusieurs nuits de suite à intervalles plus ou moins éloignés. Ce symptôme est un des accidents les plus constants du brightisme et parfois même les plus précoces. Il est signalé 46 fois sur mes 60 observations.

Les épistaxis, on le sait, constituent un symptôme assez fréquent de la maladie de Bright. Je ne fais pas allusion en ce moment aux épistaxis abondantes, je parle de ces très légères épistaxis survenant de préférence le matin; *épistaxis matutinales* consistant en quelques filets de sang que le malade mouche à son réveil. Elles sont parfois si peu accusées qu'elles passent inaperçues, mais elles sont très fréquentes, car elles sont consignées 34 fois sur les 60 observations.

J'ai décrit également au nombre des petits accidents du brightisme un symptôme auquel j'ai donné le nom de *secousse électrique*. Voici en quoi consiste ce symptôme : au moment où l'individu va s'endormir ou même pendant son sommeil, il est brusquement réveillé en sursaut par une secousse unique, violente, comparable à une décharge électrique, véritable convulsion clonique, qui n'est en somme que l'ébauche de grandes convulsions qui surviennent dans l'urémie convulsive. Dans la série de mes 60 observations, ce symptôme est noté 25 fois.

J'ai remarqué également que le bon nombre de gens atteints de brightisme ont l'artère temporale distendue, flexueuse, dilatée; c'est le *signe de la temporale*. L'artère se dessine chez ces malades sous forme de flexuosités saillantes, serpentant sous la peau de la tempe et du front. Au toucher, l'artère est dure et simule presque une artère athéromateuse; mais il n'est point question d'athérome. La distension du vaisseau est due à l'excès de tension sanguine qu'on retrouve chez bon nombre de brightiques dans tout le système artériel à la radiale comme ailleurs (Potain). Si ce signe se montre plus facilement à l'artère temporale qu'aux autres vaisseaux, cela tient à sa situation superficielle. La preuve qu'il ne s'agit pas là d'une induration athéromateuse des parois artérielles mais bien d'un excès de tension vasculaire a été vérifiée à l'autopsie chez des malades de mon service. Ce signe de la temporale est consigné 14 fois sur 60 observations.

Tels sont les signes et les symptômes qui, sous la dénomination de *petits accidents de brightisme*, et à défaut d'œdèmes et d'albuminurie, permettront dans la très grande majorité des cas de faire le diagnostic du mal de Bright. Cependant, s'ils se présentent isolés, ils ont peu de valeur; de ce qu'un individu présente de la pollakiurie, ou de la cryesthésie, ou le doigt mort, ou des crampes dans les mollets, ou des vertiges, ou des troubles auditifs, ce n'est pas une raison, il s'en faut, pour en faire aussitôt un brightique. N'exagérons rien. Mais si un malade qui se plaint de céphalée, d'oppression, de troubles gastriques, etc., raconte qu'il a depuis quelque temps des envies fréquentes d'uriner s'il a eu à plusieurs reprises le symptôme du doigt mort, des crampes dans les mollets, des épistaxis matutinales, de la cryesthésie, etc..., en un mot si par une enquête minutieuse et approfondie on arrive à grouper quelques-uns de ces symptômes, qu'ils se soient présentés successivement, ou simultanément, on a bien des raisons pour soupçonner que cet individu est entaché de brightisme, alors même qu'il aurait pas encore eu d'œdèmes, alors même que ses urines ne contiennent pas d'albumine.

Au sujet des œdèmes, il est bon de faire quelques restrictions; les œdèmes généralisés ou fortement accentués font souvent défaut, mais il est bien rare qu'un brightique, même à une époque peu avancée, ne présente pas quelque léger œdème. Qu'on y regarde de près et on verra que les pau-

pières sont légèrement bouffies le matin au réveil ; on verra que les plis formés par les draps du lit ou l'oreiller laissent sur le front et sur le visage de l'individu des traces comparables aux rides, traces qui sont apparentes au moment du réveil mais qui disparaissent peu de temps après. Qu'on y regarde de près, et on verra que les chaussures laissent le soir une légère empreinte au-dessus du pied, ou à la région malléolaire.

Dans bien des cas, les petits accidents du brightisme sont associés aux grands symptômes de la maladie de Bright confirmée ; chez tel malade, par exemple, qui a une céphalée violente ou des vomissements urémiques, ou du délire brightique, ou une dyspnée considérable, ou de la rétinite, on retrouve en même temps la série des petits accidents. Mais dans beaucoup d'autres circonstances, les petits accidents du brightisme évoluent chez des gens qui n'ont encore jamais eu les grands accidents de la maladie de Bright, et qui ne les auront peut-être jamais.

Aussi chez eux, cette série des petits accidents passe-t-elle trop souvent inaperçue, jusqu'au jour où l'attention sera éveillée par d'autres symptômes plus bruyants. J'ai la conviction qu'un grand nombre d'individus, sains en apparence, sont entachés de brightisme. Ce serait là, à mon sens, un chapitre nouveau à ajouter à la description de la maladie de Bright. La dénomination de maladie de Bright devrait s'appliquer à la maladie arrivée à sa période confirmée, et souvent précédée de la période plus ou moins longue pendant laquelle évoluent simultanément ou successivement les symptômes du brightisme ; autrement dit, la grande urémie est habituellement précédée de la petite urémie. Que de goutteux, que de gens atteints d'arthritisme, ayant ou n'ayant pas eu de coliques néphrétiques, ayant ou n'ayant pas eu d'albuminurie, et qui présentent pendant longtemps les petits accidents du brightisme en attendant qu'éclatent, trop souvent, chez eux, les grands accidents de l'urémie ! Que de syphilitiques atteints de symptômes qu'on met sur le compte de la syphilis, doigt mort, cryesthésie, crampes dans les mollets, troubles de l'ouïe et qui n'ont autre chose que les petits accidents du syphilo-brightisme avec ou sans albuminurie, préludes d'accidents beaucoup plus graves si ces malades ne sont pas suffisamment traités ! Que de gens ayant une maladie infectieuse, fièvre typhoïde, pneumonie, scarlatine, surtout la scarlatine et chez lesquels les symptômes de brightisme évoluent lentement, insidieusement pendant les mois et des années, jusqu'au jour, où faute de traitement, éclateront les grands accidents de la maladie de Bright ! Que de femmes, paraissant atteintes d'anémie ou de chloro-anémie, au teint pâle et verdâtre, présentant des céphalées, de l'essoufflement, des battements de cœur, etc., passent pour des chlorotiques et sont atteintes en réalité de ce que j'ai appelé le chloro-brightisme, forme fréquente et spéciale sur laquelle j'aurai l'occasion de revenir plus longuement.

On peut se demander si le syndrome clinique qui constitue le brightisme ne pourrait pas trouver ailleurs un critérium. Ce critérium existe dans le traitement, car la plupart des petits accidents du brightisme sont améliorés ou guéris par une cure lactée qui reste et qui restera la base fondamentale du traitement de la maladie de Bright. Ce critérium, il existe encore dans l'état de toxicité des urines. M'inspirant des recherches de MM. Feltz et Ritter et des travaux si précis de M. Bouchard, j'ai voulu voir si les urines, souvent non albumineuses, de malades entachés de brightisme, ne sont pas des urines moins toxiques que les urines de l'individu sain. Je ne décrirai pas en détail le résultat des expériences que j'ai entreprises à ce sujet, expériences que j'ai consignées en 1886 dans un mémoire présenté à la Société médicale des hôpitaux, mais je formulerai comme conclusion que les urines de malades atteints des petits accidents du brightisme, alors même que ces urines ne sont nullement albumineuses, alors même que, chimiquement, elles sont comparables à des urines saines, ces urines ont néanmoins *perdu une partie de leur toxicité.*

III

Les considérations précédentes me permettent de poser en quelques mots les conclusions suivantes :

Autant l'albuminurie est un symptôme inconstant, infidèle et trompeur, autant la présence des petits accidents du brightisme peut être d'un secours précieux dans le diagnostic de la maladie de Bright à toutes ses périodes, dans ses formes plus ou moins frustes, dans ses formes plus ou moins latentes. Il y a une grande urémie et une petite urémie. Ce qui domine la situation dans la maladie de Bright, à toutes ses phases, ce qui crée le danger, ce n'est pas ce qui passe au travers des reins, c'est ce qui ne passe pas. Ce n'est pas parce que les reins laissent passer tous les jours quelques centigrammes ou quelques grammes d'albumine qu'il y a danger ; le danger vient de ce que les reins altérés ne laissent plus passer en quantité voulue les éléments de dépuration qui constituent la sécrétion urinaire normale. Le poison retenu dans l'économie peut s'y accumuler rapidement et à forte dose si la dépuration urinaire est gravement compromise, et alors éclatent les grands symptômes de l'urémie brightique. Mais si l'atteinte portée à la dépuration urinaire est légère, le poison met un temps plus ou moins considérable à s'accumuler dans l'économie, et le malade est sous le coup de cet état que je viens de décrire sous la dénomination de brightisme ou petite urémie.

La constatation du brightisme n'implique pas fatalement un pronostic grave pour l'avenir. Fort heureusement, bien des gens, des syphilitiques, des goutteux, des chlorotiques, sont entachés de brightisme sans arriver fatalement aux grands accidents urémiques. Mais quand on a les petits accidents du brightisme, *c'est un avertissement dont il faut tenir compte* ; il faut se soigner et se soigner vigoureusement qu'on *soit albuminurique ou qu'on ne le soit pas.*

D'autres conclusions s'imposent encore, c'est que l'albuminurie ne doit être notre guide ni dans le pronostic, ni dans le traitement du mal de Bright. Au point de vue du *pronostic*, ce ne sont pas les gens qui ont les urines les plus albumineuses qui sont le plus gravement compromis ; on peut être fort malade avec peu d'albumine, avec pas d'albumine du tout.

Au point de vue du *traitement*, je pense pour ma part que le régime lacté domine le traitement des néphrites ; et il ne doit pas être seulement imposé aux brigtiques albuminuriques, il doit être imposé à tout individu présentant la grande ou la petite urémie, avec ou sans albuminurie.

La question de brightisme ainsi envisagée pourra nous permettre, je le crois, d'élargir le cadre de l'ancienne description de la maladie de Bright. Cette description ne sera

plus strictement resserrée dans la dichotomie des néphrites artérioscléreuses et des néphrites parenchymateuses, car les petits accidents du brightisme évoluent dans toutes les formes des néphrites. Le brightisme s'associe volontiers à quelques états pathologiques auxquels j'ai déjà fait allusion, et ces associations morbides méritent d'attirer toute notre attention. Si je ne craignais pas d'abuser de la bienveillante attention de l'Académie, je demanderais la permission d'en exquisser le tableau. Au nombre de ces associations, je fais figurer comme étant la plus importante, le *brightisme arthritique*, le *syphilo-brightisme* et le *chloro-brightisme*.

BIBLIOGRAPHIE

Consultations médicales sur quelques maladies fréquentes par le professeur Grasset, de Montpellier.

« Ce n'est pas une tâche facile, dit M. Grasset dans la préface de son petit livre, que de se reconnaître dans une longue liste de maladies qui sont justiciables de chaque médicament dans les Traités de thérapeutique et dans les non moins longues listes de médicaments que l'on oppose à chaque maladie dans les Traités de pathologie.

« Puisant alors à droite et à gauche, observant par lui-même à l'hôpital et en ville, tâtonnant, corrigeant, bien ou mal, chaque praticien arrive toujours à se faire un classement à lui, une thérapeutique personnelle et, après quelques années de médecine active, il a *son traitement* pour la plupart des cas qui se présentent.

« C'est ce travail que j'ai dû faire comme les autres, que j'ai continué depuis vingt ans, dont je voudrais communiquer les conclusions à mes jeunes confrères, espérant ainsi le leur faciliter à eux-mêmes.

« Je n'ai pas la prétention de leur dire *ce qu'il faut faire* dans un cas donné, mais simplement de leur dire ce *que je fais* dans ce cas, ce qui m'a paru le plus rationnel, le meilleur ou le moins mauvais. »

Ce passage, que nous avons tenu à reproduire *in extenso*, fait connaître mieux que nous n'aurions pu l'exprimer nous-même, l'idée qui a présidé à cet ouvrage et le but que s'est proposé l'auteur. A côté de l'enseignement *ex cathedra* dont il est chargé, il a pensé, non sans raison, que les jeunes confrères, imbus des principes généraux puisés dans cet enseignement, seraient heureux de trouver, quand ils seraient aux prises avec les difficultés du début, un guide sûr dans la pratique personnelle de leur maître. Il les introduit, invisibles, dans son cabinet, les fait assister à sa consultation, et, après avoir, pour chaque malade, porté un diagnostic précis sur la nature, la forme, la phase d'évolution de la maladie, il rédige sous leurs yeux la prescription. C'est la réunion de ces prescriptions qui forme le volume.

Les maladies les plus communes, celles contre lesquelles on a journellement à lutter, défilent ainsi successivement devant le savant clinicien. Pour faciliter les recherches, il les a classées par ordre alphabétique. Il a prévu une objection sérieuse qu'on peut lui adresser, c'est que, dans la pratique, on a affaire non à des maladies, mais à des malades dont les prédispositions et les dispositions individuelles sont essentiellement variables, et qu'il est ainsi difficile, pour une même affection, de formuler le même traitement. A cela M. Grasset répond que, quelques différences qu'ils présentent dans leur mode d'agir et de réagir, les malades peuvent être rapprochés les uns des autres et former ainsi des groupes. Un travail analogue et parallèle peut être fait en thérapeutique, et, à chaque groupe de malades, on a chaque type morbide, peut et doit correspondre une formule générale de traitement. S'il n'en était ainsi, en effet, il n'y aurait pas d'enseignement clinique possible.

Nous ne saurions examiner en détail les différentes médications prescrites, dans tel ou tel cas, par M. Grasset. Nous nous bornerons à dire que la grande expérience de notre confrère et la légitime notoriété dont il jouit, appellent tout particulièrement l'attention sur ce petit livre de thérapeutique appliquée, où, sous la forme la plus simple, la plus concise et la plus précise, il nous initie à sa propre pratique. Nous ajouterons que ce ne sont pas seulement les élèves ou les jeunes docteurs, mais encore les praticiens en général, plus ou moins vieillis dans l'exercice de leur art, qui trouveront à y puiser largement et utilement.

Dr F. de Ranse.

BULLETIN

Si nous croyons devoir revenir encore une fois sur cette question déjà si souvent agitée des rapports réciproques de l'albuminurie avec la maladie de Bright, c'est parce que l'auteur de la plus récente communication sur ce sujet est lui-même revenu à la charge, commentant et développant ses propres idées, qui ont rencontré des contradicteurs en même temps que des adhérents. Dans la séance académique de mardi, nous avons entendu M. Dieulafoy faire à nouveau la critique de l'ancienne conception du mal de Bright, dont il s'efforce d'élargir les limites, de manière à y faire entrer un certain nombre de cas indécis, catégorisés jusqu'à ce jour, sous des étiquettes diverses (chloro-anémie, chlorose, anémie syphilitique).

Nous répéterons ici que cette nouvelle manière de comprendre une maladie bien plus étroitement définie autrefois n'est peut-être pas exempte d'inconvénients, attendu que la conception de cette entité presque sans limites qui s'appelle le *brightisme* y pourrait perdre en précision ce qu'elle gagnera en étendue. Remarquons du reste, en passant, que l'auteur s'est trouvé amené incidemment, et en quelque sorte pour les besoins de la cause à attribuer à l'albuminurie une importance qu'il cherche précisément à lui enlever dans la première partie de sa communication. C'est quand il apprécie la valeur de ce symptôme chez les chlorotiques, laissant croire que son existence constitue un signe de premier ordre pour le diagnostic de l'origine rénale des accidents généraux. Précédemment, il avait dit que la constatation de l'albuminurie n'est pas nécessaire pour autoriser le diagnostic de brightisme. Avec une donnée aussi incertaine, on ne voit guère quelle serait la sanction du diagnostic, ni sur quelle base on pourrait édifier la certitude dans une question particulièrement délicate. Du reste, M. Lancereaux s'est fait à sa façon l'interprète des objections que peut soulever une pareille théorie, quand il a revendiqué pour l'oligémie artérielle et pour l'artério sclérose précoce, ces deux variétés de lésions si fréquentes chez les chlorotiques, une bonne part de l'influence initiale que M. Dieulafoy impute exclusivement aux altéra-

tions du filtre rénal. Et ce n'était là qu'une des objections que l'on pouvait formuler. Il y en a d'antres.non moins valables, notamment, celle qui vise les rapports de l'albuminurie avec la syphilis. L'interprétation de cette relation est loin d'être facile,et c'est peut-être devancer la vraisemblance que d'attribuer à l'urémie, c'est-à-dire à la lésion rénale, certains symptômes d'importance majeure comme la céphalée. Mais ces restrictions et ces réserves ne nous empêcheront pas de reconnaître la haute valeur du travail de M. Dieulafoy, et l'utilité d'une tentative qui, en attirant l'attention des pathologistes sur une malade particulièrement grave, ne peut que contribuer à nous faire mieux connaître celle-ci.

— L'importance des bains froids dans le traitement de certaines maladies aiguës s'est affirmée depuis quelques années, au point que cette méthode a fini par s'imposer dans la pratique journalière. Réservée d'abord à la fièvre typhoïde, vis-à-vis de laquelle on lui voit produire des effets surprenants, elle a été adaptée ensuite au traitement de beaucoup d'autres affections fébriles à tendance hyperthermique. Ici encore elle a produit des résultats qui suffisent amplement à justifier la témérité apparente de ces nouvelles applications. On ne doit donc pas s'étonner, en face d'états de service aussi brillants,si quelques praticiens guidés par l'analogie clinique ont crû pouvoir en faire l'essai dans le traitement de cette maladie essentiellement infectieuse et trop souvent grave qui s'appelle l'érysipèle. C'est du moins ce que MM. Le Gendre et Beaussenat viennent de faire avec un succès dont leur communication à la Société des hôpitaux nous apporte d'ailleurs la preuve numérique. Nous n'insisterons pas outre mesure sur cette communication dont le compte rendu intégral se retrouve dans la plupart des journaux. Mais il y a lieu de peser les conclusions que les deux observateurs en ont tiré, parceqn'elles peuvent servir au médecin d'hôpital éventuellement exposé à soigner des séries d'érysipélateux. Ainsi, d'après eux, les indications du bain froid vis-à-vis de l'érysipèle ne sont pas circonscrites à la seule constatation de l'hyperthermie. On doit les comprendre de façon plus large et y faire rentrer tous les cas graves, quel que soit d'ailleurs le facteur de gravité : congestion pulmonaire, broncho-pneumonie, complications cardiaques ou même rénales. L'existence d'une albuminurie même intense, ne serait pas une contre-indication. Il faut noter précieusement ces remarques, d'après lesquelles nos idées traditionnelles concernant le pronostic et le traitement de l'érysipèle vont nécessairement se trouver modifiées.

Il n'est d'ailleurs pas facile de donner ici une théorie satisfaisante du mode d'action du bain froid, en tous cas, il ne s'agit pas simplement d'une action refrigérante, car l'amélioration a été constatée dans des cas où la rémission thermique n'a pas été supérieure à un demi-degré. On est obligé d'invoquer un effet de stimulation sur le système nerveux, un accroissement dynamique des forces qu'il tient en réserve. Toujours est-il que M. Juhel-Renoy, qui a employé cette méthode dans de vastes proportions, déclare que les résultats du bain froid dans le traitement de l'érysipèle grave sont comparables à ceux que la même méthode fournit dans celui de la fièvre typhoïde. C'est là une affirmation encourageante et bien faite pour dissiper les scrupules des médecins et les craintes des familles envers une méthode éprouvée, qui n'a guère de la brutalité que l'apparence.

— La *Semaine médicale* publie un long mémoire de M. Koch sur la filtration de l'eau envisagée au point de vue de la prophylaxie du choléra. Ce n'est pas ici le lieu d'analyser, ni même seulement de résumer un document aussi considérable. Rappelons seulement que le professeur Koch s'y montre partisan résolu de la contagion et de la transmission du germe cholérique par l'eau. Cette notion ressortirait avec la dernière évidence de l'histoire de la dernière épidémie allemande, au cours de laquelle la ville de Hambourg, une des principales agglomérations de l'empire, fut si cruellement maltraitée. Les habitants de cette ville employaient une eau non filtrée, tandis que ceux d'Altona, ville voisine épargnée par l'épidémie, n'utilisaient qu'une eau purifiée préalablement au moyen d'un système de filtration perfectionné. On peut conclure de ce fait que le filtrage peut suffire à préserver une population. en arrêtant et en immobilisant les germes infectieux. Malheureusement un tel résultat n'est pas facile à réaliser dans la pratique. Il y faut des conditions toutes spéciales d'exécution technique, auxquelles tous les appareils de filtration ne sauraient prétendre. De là, sans doute, d'après Koch, la variabilité des effets obtenus par ce moyen prophylactique. Soit dit en passant, l'examen bactériologique est ici nécessaire et on ne saurait plus se contenter d'un simple examen *de visu* pour apprécier la pureté des liquides filtrés. Partant de cette donnée, le savant expérimentateur allemand ébauche une théorie de la construction des filtres, avec laquelle il pense résoudre les difficultés qui entravent la réalisation définitive du problème. Il faudrait pouvoir ici citer son mémoire dans son intégralité. Mais la réserve est commandée par l'autorité même qui s'attache aux idées personnelles de l'auteur. Peut-être celles-ci ne parviendront-elles pas à convaincre tout le monde ! En tous cas, il est permis de se demander si elles paraîtront pourvues d'une suffisante garantie aux yeux des pouvoirs publics, qui sont investis du contrôle suprême dans toutes les questions d'hygiène publique et de prophylaxie. Poser la question, ce n'est malheureusement pas la résoudre.

P. M.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Association des médecins de la Gironde

RÉFORME DE LA LOI DES PATENTES SUR LES CARRIÈRES LIBÉRALES.

Discours prononcé par M. Boué, conseil judiciaire de l'Association, à la réunion de Bazas.

Les carrières dites *libérales* sont assujetties au droit de patente. En principe, n'est-pas étrange que certaines professions, auxquelles tout acte commercial est interdit, soient frappées de l'impôt qui vise le commerce ? A vrai dire, les carrières libérales ne sont pas assimilées d'une manière absolue aux carrières industrielles ou commerciales, puisque leur patente — au lieu de se composer d'un droit fixe et d'un droit proportionnel — ne comprend que ce dernier élément. Toutefois, une demi-assimilation est encore excessive et injuste.

La loi de 1844, qui a institué le régime actuel des patentes, exonéra formellement de cette charge les docteurs en médecine et en chirurgie. aussi bien que les avocats et autres. La loi de 1850 les a purement et simplement rétablis ensemble sur la listes des patentables. La loi de 1880 a maintenu cette adjonction regrettable et illibérale qui continue à faire peser, notamment sur vous, une redevance contre laquelle protestent

les garanties considérables et fort onéreuses que vous avez d'avance données à l'État.

Aujourd'hui, on estime qu'une pareille mesure n'est pas suffisante et on vient d'en aggraver la portée. En effet, le droit de patente était d'un quinzième calculé sur la valeur locative. Dernièrement, à propos de la fixation du budget des recettes et des dépenses de l'exercice 1893, on a eu la pensée de porter cette patente du quinzième au douzième. La Chambre des députés formula cet avis sans restriction. La mesure proposée fut d'abord repoussée par le Sénat ; mais, à la suite d'un conflit qui entraîna la chute d'un ministère, le Sénat se mit d'accord avec la Chambre pour adopter cette mesure en y apportant des tempéraments, c'est-à-dire en l'appliquant à des catégories déterminées. N'y a-t-il plus rien à redouter de l'avenir ? Des menaces nouvelles surgissent déjà à l'horizon. Dans tous les cas, ne nous préoccupons que de l'état actuel des choses. Est-il rationnel et doit-on souhaiter qu'il soit maintenu ? Voilà ce que je veux examiner. Un pareil sujet, inspiré par les rigueurs d'une loi toute récente et envisagé surtout au point de vue de votre profession, ne saurait donc manquer ni d'actualité ni d'intérêt.

Pour tous, la préparation à la médecine ou au barreau exige beaucoup de temps, beaucoup de labeurs, beaucoup d'argent. Il suffit de mentionner les études complètes qui précèdent le baccalauréat et celles qui conduisent plus directement à l'obtention du titre professionnel. Après des travaux aussi longs que coûteux, quel est le sort de ces jeunes gens, dûment diplômés, qui viennent de conquérir enfin leurs lettres de noblesse devant nos Facultés ? Soutiendra-t-on qu'ils vont maintenant, les uns et les autres, engager avec succès la lutte pour la vie ? Le mot de *stage* n'est pas usité dans votre profession comme dans la nôtre, mais le stage y existe aussi... interminable parfois ? Il faut aux docteurs-médecins, ainsi qu'aux licenciés en droit, une installation convenable, un outillage spécial, des livres sans nombre. Où est donc la clientèle ? Lorsqu'elle se décide à apparaître, amène-t-elle la fortune sur ses pas ? Et, cependant, ces hommes qui, jusqu'à ce moment n'ont connu que les examens et les dépenses, n'aspirent pas à la journée de huit heures si instamment réclamée de nos jours. Ils se donnent sans réserve après s'être préparés sans relâche, acceptant la journée... de vingt-quatre heures ! Leur porte n'est jamais fermée à la souffrance qui passe. Dès qu'on y frappe, ils accourent. Pas même d'exception pour la nuit. Qu'importe à chacun d'entre vous un repas négligé ou un sommeil interrompu ? Le médecin n'appartient pas uniquement aux siens et ne s'appartient plus : il est tout et toujours à tous ! Quand son intervention est demandée, l'est-elle constamment d'une manière utile pour lui ? Vous avez, vous aussi, des obligations professionnelles qui correspondent à celles que l'assistance judiciaire nous impose. Ecoutez ces avocats qui plaident. Jamais, si vous ne pesez que leurs aspirations et leurs efforts, vous ne distinguerez la cause absolument gratuite de la cause largement rétribuée. La vaillance est la même. Ce que je dis à la louange de notre Ordre, je peux certes le dire à l'honneur de votre carrière. Combien de fois n'avez-vous pas exposé votre existence, en face de la contagion, alors que vous n'aviez peut-être d'autre rémunération à attendre que l'ingratitude ? Est-il beaucoup de professions qui, après tant et tant de difficultés imposées, exigent encore que la science et le dévoûment soient souvent utilisés au bien des autres sans profit pour l'homme instruit et généreux qui les donne ? En général, une entreprise ne se produit qu'avec l'espoir d'être lucrative. Si nous adoptions cette règle, que de fois nous serions tentés de nous croiser les bras !... Certains d'entre vous, quand ils se consacrent au personnel des Bureaux de bienfaisance ou des Sociétés de secours mutuels, moyennant une redevance dérisoire, reçoivent-ils un prix en rapport avec les avantages qu'ils procurent ? Que dire surtout de l'admirable concours que réclament de vous les hôpitaux ? Il s'agit ici d'un service entièrement gratuit, et quel service ! Chaque jour, pendant plusieurs heures, consultations, ordonnances, opérations, pansements..., que sais-je encore ? Et cela dure quinze, vingt ou vingt-cinq ans ! Qu'on additionne, au bout de ce temps, la somme des mérites et des bienfaits, et qu'on se demande alors si la patente n'est pas suffisamment acquittée ! J'ajouterai sans hésitations que vous ne devez rien, mais qu'on vous doit quelque chose. L'Etat se préoccupe-t-il assez de ces serviteurs modèles, de ces apôtres qui se dépensent, dans la meilleure partie de leur vie, dans l'ombre d'un hospice ? Songent-ils toujours à ceux de la province autant qu'à ceux de Paris pour attacher à leur boutonnière ce ruban qu'ils ont si vaillamment et si noblement gagné ? On prodigue la croix de la Légion d'honneur sur la poitrine des braves qui, par suite des mysterieuses et cruelles nécessités de la destinée des peuples, sont en réalité des destructeurs de la race humaine. Pourquoi donc les accorder avec tant de parcimonie aux savants modestes qui sont ses véritables sauveurs ?...

Votre désintéressement n'est-il pas digne de quelques égards ? Je croirais qu'il ne les mérite pas, lorsque je vois avec quelle âpreté on le traite. Rien n'échappe aux griffes du Trésor, rien ne trouve grâce devant son avidité. Il n'entend même pas épargner le pauvre cheval et la vieille voiture du médecin des campagnes et les taxe absolument comme des accessoires de fantaisie, comme des objets de luxe. Est-ce pour son plaisir qu'il a écurie et remise, l'obscur praticien dont les rares clients sont disséminés à travers champs ? N'est-ce pas plutôt dans leur seul intérêt et uniquement afin de leur fournir en temps utile le secours qu'un retard rendrait inefficace ? Elles sont plus méritoires qu'on ne le pense ces longues courses accomplies à toutes heures et à toutes les saisons, malgré la poussière ou les ténèbres, malgré le soleil implacable ou le rude hiver. Le maigre salaire qui attend l'homme de l'art au terme de la route — lorsqu'il n'est pas complètement illusoire — peut-il payer sa peine et son zèle ? Si le fisc avait des entrailles, n'aurait-il pas conscience de faire œuvre pie en laissant passer, sans le dépouiller, sous une main rapace et sacrilège, l'humble attelage qui va porter à plus d'un toit rustique la consolation, l'espérance et la vie ?

Le nouvel impôt ne saurait permettre d'atteindre sûrement et uniquement les privilégiés que la clientèle assiège et surmène ; alors que tant d'hommes, non sans mérite, languissent dans l'inaction. N'est-il pas absurde, sous le rapport professionnel, de vouloir établir une corrélation entre la fortune du locataire et le prix du loyer ? C'est croire que le prix du loyer dépend toujours du rang conquis dans une carrière. Singulière erreur ! Voilà le vice du raisonnement. Ce vice est tellement radical qu'il peut entraîner les plus déplorables conséquences et frapper d'un surcroît d'impôts ceux-là mêmes qui auraient surtout droit d'en être dégrevés. Supposez un célibataire parvenu à l'apogée de la réputation, supposez-le sollicité par le public au point de réaliser d'énormes bénéfices. Il est fort probable, malgré ce succès, qu'il n'aura pas

besoin, afin de trouver un gîte digne de lui, de payer un prix au-dessus de 4.000 francs à Paris et de 2.000 francs à Bordeaux. Considérez, d'autre part, ce père de famille qui se débat contre les difficultés qui l'enserrent et l'écrasent. Beaucoup plus chargé de proches que de clients, il a 3 ou 4 enfants et peut-être aussi des vieux parents dont il est l'unique appui. Cinq, six existences gravitent autour de la sienne. Il doit loger tous ces êtres qu'il parvient à peine à faire vivre. Aussi modeste que soit la demeure, un vaste espace est indispensable. L'étendue ne coûtant pas moins que le luxe, la valeur locative dépassera bien vite 4.000 francs dans la capitale et 2.000 francs dans les grandes villes de province. Or, qu'adviendra-t-il au point de vue de la patente, de cette patente qui prétend ne devenir plus lourde qu'à l'égard de ceux que la profession rend plus riches? Elle n'ajoutera rien à ses exigences quant au premier qui est à la fois comblé de biens et libre d'obligations; tandis qu'elle redoublera ses rigueurs envers le second déjà si accablé, sans compensation aucune.

Telles sont, Messieurs, les simples réflexions que j'ai voulu vous soumettre. Je serais surpris si elles ne répondaient pas à l'unanimité de vos sentiments, bien que vous ne fassiez pas de votre intérêt le guide de vos appréciations.

S'inspirant des charges qui vous incombent et des services que vous rendez, l'un des membres de votre Conseil judiciaire a été heureux de proclamer vos titres à la reconnaissance de l'humanité et de faire entendre, en votre nom, de légitimes doléances. Sa carrière ne lui fournira jamais l'occasion de plaider une meilleure cause.

D'ailleurs, la protestation est chose anodine auprès de la brutalité des procédés employés. La victime qu'on étrangle a bien, au moins, le droit de crier!

NOTES ET INFORMATIONS

Le secret professionnel des directeurs d'hôpitaux. — L'article 378 du code pénal érige en délit le fait d'avoir révélé des secrets lorsqu'on appartient à la catégorie des personnes énumérées par le législateur et qui sont les médecins chirurgiens et autres officiers de santé, ainsi que les pharmaciens et les sages-femmes, et toutes autres personnes dépositaires par état ou profession des secrets qu'on leur confie. La question est depuis longtemps jugée pour le médecin, le prêtre, le magistrat, l'avocat, le notaire, etc., mais jamais, jusqu'à présent, le débat n'avait été soulevé pour un directeur des hospices. La cour de cassation vient de décider que la seule circonstance d'avoir été admis à l'hospice ne rentre pas dans la série des faits ayant un caractère confidentiel pouvant motiver le silence du directeur. Par conséquent et *a priori*, le directeur ne peut pas se dispenser de donner le renseignement à la justice en s'abritant uniquement derrière la nature de sa fonction. Mais le même arrêt ajoute qu'un directeur peut être considéré comme tenu d'observer le secret professionnel dans les cas qui concernent la sécurité des malades et l'honneur des familles.

Asile pour les femmes enceintes. — On vient de terminer, rue de Tolbiac, les travaux de construction d'un bâtiment destiné à recevoir spécialement les femmes enceintes.

Plus de cent lits seront, dans ce nouvel asile qui devra plus tard, être doublé d'une construction complémentaire mis à la disposition des malades.

Cet asile sera comme une antichambre de la Maternité. On y admettra surtout les femmes dont la grossesse sera de huit mois environ. Une sage-femme et un médecin seront attachés à l'établissement.

Les travaux de la première partie du bâtiment on été commencés au mois de juillet 1892. On procédera vraisemblablement, en septembre prochain, à leur inauguration.

Ecole de sourds-muets à Asnières. — Le département de la Seine est obligé d'envoyer ses enfants sourds-muets soit à Bordeaux, soit dans des institutions privées. Le Conseil général frappé de cette situation vient de voter dans sa séance du 16 juin, l'achat d'un immeuble à Asnières, à peu près approprié pour un pensionnat et le nouvel établissement doit être ouvert le 1er octobre 1893.

NOUVELLES

Nécrologie. — M. Vidal.

L'Académie de médecine est fort éprouvée en cette année 1893: elle vient de perdre encore, le 16 courant, un de ses membres actifs, et celui-ci, le Dr Vidal comptait parmi les plus laborieux et les plus distingués.

M. Vidal (Jean-Baptiste-Émile), né à Paris, le 19 juin 1825, fils du Dr Jean-Baptiste Vidal, avait commencé ses études médicales à Tours, où il avait été interne de l'hôpital général et prosecteur à l'École préparatoire de médecine. Interne des hôpitaux de Paris, de la promotion de 1850, docteur en médecine en 1855, il fut nommé médecin des hôpitaux au concours de 1861, membre de l'Académie de médecine en 1883, et il était l'un des fondateurs de la Société de dermatologie qu'il a présidée jusqu'à ses derniers jours et à laquelle il donnait toute son activité et tout son temps disponibles.

M. Vidal est l'auteur d'un grand nombre de mémoires sur les affections de la peau, parmi lesquels il faut citer ceux sur les *scarifications* (1879), comme traitement chirurgical du lupus et autres dermatoses. On peut dire que les modifications qu'il a apportées au procédé de Balmanno-Squire de Londres, ont été acceptées par tous les médecins et M. Vidal, de même que M. Besnier a contribué à faire adopter les nouvelles méthodes; un autre, mémoire sur le *lichen* (1876) des expériences sur l'inoculabilité de diverses affections cutanées (1873 à 1877), un sur *l'acné molluscum contagiosum* (1879). Plusieurs de ses travaux, articles et discussions, ont pour sujet la *contagiosité de la lèpre* (1885 à 1892); une note sur le *xeroderma* (dermatose de Kaposi (1883) contient les premières observations publiées en France, un nouveau traitement *de la pelade*, à l'aide d'un vésicatoire liquide d'un usage facile, etc. Il faut mentionner son *Traité descriptif des maladies de la peau*, ouvrage considérable en collaboration avec M. Leloir et dont il n'a paru que trois fascicules.

M. Vidal, très assidu aux séances de l'Académie, avait été chargé de rapports importants sur le service des eaux minérales, entre autres de celui sur l'inspectorat.

D'une honorabilité parfaite, M. Vidal était non seulement un médecin distingué, mais encore un esprit sympathique, son obligeance était complète et tout ceux qui l'ont connu ne sauraient l'oublier.

Dr A. Dureau.

Clinique nationale ophthalmologique de l'hospice des Quinze-Vingts. — Un concours pour l'admissibilité aux emplois d'aides ne clinique aura lieu le 24 juillet. Sont admis à y prendre part, les candidats de nationalité française âgés de moins de 35 ans et ayant douze inscriptions et les docteurs en médecine remplissant les conditions d'âge. Toute demande devra être déposée au secrétariat où l'on pourra demander le détail des conditions, le lundi 10 juillet, au plus tard.

Le Rédacteur en chef et Gérant : F. de Ranse.

Paris. — Typ. A. Davy, 52, rue Madame. — *Téléphone.*

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Rédacteur en chef : **M. le Dr F. DE RANSE**

Comité de Rédaction : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN
J. ARNOULD (de Lille), P. FABRE (de Commentry), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon)

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, avenue Montaigne (Rond-Point des Champs-Élysées

SOMMAIRE. — Thérapeutique : Du traitement intensif de la tuberculose et en particulier de la phtisie pulmonaire par le carbonate de créosote de hêtre. — Clinique médicale : Choléra et fièvre tyhoïde. Revue des journaux : Le choléra asiatique est un empoisonnement par des nitrates, qui engendrent les bacilles du choléra. — Revue bibliographique : Leçons sur le traitement des névroses. — Phtisie pulmonaire et bacille tuberculeux. — Traité d'histologie pratique. — Thérapeutique des maladies de l'estomac et de l'intestin. — Notes et Informations. — Nouvelles. — Feuilleton.

THÉRAPEUTIQUE

DU TRAITEMENT INTENSIF DE LA TUBERCULOSE ET EN PARTICULIER DE LA PHTISIE PULMONAIRE PAR LE CARBONATE DE CRÉOSOTE DE HÊTRE, (1).

Par le Dr Edmond Chaumier, de Tours.

Les remarquables travaux de Bouchard, Gimbert, Burlureaux, Sommerbrodt et autres, ont démontré toute la valeur de la créosote de hêtre dans le traitement de la tuberculose et surtout de la tuberculose pulmonaire.

Mais pour arriver aux résultats qu'ils ont obtenus, ces auteurs ont employé des doses considérables ; doses allant jusqu'à 14 ou 15 grammes (Burlureaux), et pour lesquelles la voie stomacale ne suffit plus. La créosote est irritante et souvent 1 ou 2 grammes ne sont pas tolérés. La voie rectale qui a été tentée également, n'est guère plus pratique, car l'iotestin, au bout d'un temps relativement court, ne supporte plus les lavements ; et l'on se trouve alors en présence de malades améliorés, mais qu'on ne peut pas conduire jusqu'à la guérison parce qu'ils ne supportent plus le médicament.

Ces considérations firent adopter les injections sous-cutanées ; mais si cette méthode donne de brillants résultats, elle ne manque pas d'inconvénients. On se sert ordinairement d'une solution huileuse au 1/10 ou au 1/14 et comme l'injection se fait goutte à goutte pour éviter la douleur et pour faciliter l'absorption, il faut deux heures (Guimbert) pour injecter 50 grammes de la solution, soit de 3,50 à 5 grammes de créosote. L'injecteur automatique est alors indispensable, mais avec cet instrument si l'ennui est moindre pour le médecin, le désagrément est aussi grand pour le malade. L'emploi régulier de telles injections ne peut guère s'étendre en dehors de l'hôpital ou du sanatorium.

Fort heureusement la chimie est venue au secours de la médecine en faisant connaître les éthers de gaïacol et de créosol et aussi ceux de créosote.

Ces corps peuvent être pris par la bouche sans irriter le tube digestif dans lequel ils se dédoublent.

Valzer (1), d'Aix la Chapelle a proposé l'emploi du benzoïl-gaïacol ou benzoate de gaïacol, produit pulvérulent, sans odeur ni saveur, composé d'acide benzoïque et de gaïacol ; ce dernier dans la proportion de 0 gr. 50 pour 0 gr. 90. On

(1) Appelé aussi *Créosotal* ; répertoire de pharmacie, février et avril 1893 ; article reprodnit en abrégé dans *Semaine médicale* mai 1893 ; *Revue Générale de méd.*, etc.

(1) Cité par Daremberg, *in Traitement de la phtisie pulmonaire*, t. I, Paris, 1892.

FEUILLETON

LES SOIES (1).

C'était en janvier dernier. Il faisait froid, très froid. A minuit, coup de sonnette. C'est l'heure où le besoin de tirer de son sommeil le médecin de campagne presse le public comme une obsession. On prend peur du silence, de l'obscurité ; le lampion à huile fait paraître le malade plus blême : un peu de délire et chacun perd la tête. Demain il sera trop tard et l'affolement vient, court, se précipite à travers les conseils des commères exécutés pêle-mêle. Vite le médecin !

Nouveau coup de sonnette, prolongé, frénétique. Je crains pour ma sonnette et me précipite à la fenêtre. « Qu'y a-t-il ? — Ce sont les soies, vous savez bien. » — Je ne sais pas du tout et m'habille en maugréant. Sur la neige craquante qui s'écrase comme du verre pilé, le traîneau part au trot lamentable de la haridelle et de ses sonnailles. A droite et à gauche des écroulements de formes blanches indiquent les haies du chemin et empêchent de nous égarer à travers champs. La lanterne que je tiens sur les genoux fait surgir de ci, de là, les panaches blafards des arbres fatigués de neige. Sapristi ! qu'il fait froid. La barbe est cassante de givre ; des milliers d'aiguilles piquent les joues, les doigts ont l'onglée et les jambes s'engourdissent sur la planche nue du traîneau. Pas le moindre brin de paille à amasser sous les pieds. Je m'impatiente. « Est-ce encore loin ? — Laissons souffler le bidet », répond le conducteur et il met le cheval au pas, ce pas paisible des bêtes de labour qui donne envie de taper dessus, à coups de manche de fouet.

Nous voilà arrêtés à une porte de grange ; la maison du client ! Je suis d'assez méchante humeur, d'abord parce que j'ai froid et ensuite à cause des soies.

Car, il n'y a pas à dire, j'ignore tout à fait ce que c'est que

(1) *Journal des Sciences médicales de Lille*, 9 juin 1893.

peut prendre ce corps en cachets ou délayé dans un breuvage quelconque. Il se décompose dans les voies digestives en acide benzoïque et en gaïacol.

Haas a conseillé l'usage du styracol, ou éther cinnamique du gaïacol, produit également insipide qui se dédouble dans l'intestin et se prend aussi facilement que le benzoïl-gaïacol.

Pietro Giacosa (de Turin), a démontré par des expériences sur le chien que l'éther carbonique du gaïacol (qui contient 95 p. 100 de gaïacol) se décompose dans l'intestin en gaïacol et en acide carbonique et que le gaïacol s'élimine par l'urine en formant un sel sulfo-conjugué.

Holscher et Seifert (1) ont fait des expériences cliniques sur 60 phtisiques et sont arrivés à cette conclusion que le carbonate de gaïacol, administré à des doses progressives variant de 1 à 6 grammes par jour, améliore très rapidement l'état des phtisiques.

Ces auteurs citent des augmentations de poids de 11 et 23 livres en six mois, coïncidant avec la disparition des symptômes thoraciques.

Dans le courant de l'année dernière j'ai essayé à mon tour les éthers de créosote, de gaïacol et de créosol. Au congrès de Pau, en septembre dernier, j'ai dit un mot de mes premières expériences avec le carbonate de gaïacol et le carbonate de créosote. (2).

Jusqu'à ce jour j'ai expérimenté :

Le carbonate de gaïacol,
Le carbonate de créosol,
Le carbonate de créosote,
Le benzoate de créosote, et l'oléo-créosote (éther d'oléine et de créosote qui contient 33 p. 100 de créosote).

Les éthers de gaïacol et de créosol sont solides ; ceux de créosote sont liquides.

(1) Ueber die Wirkungsweise des Guajacols. (*Berliner Klinische Wochenschrift*, 1891, n° 51, et 1892, 18 janvier.)

(2) Le carbonate de Créosote a été découvert en 1891 par Holscher, chimiste principal de la maison Heyden, de Radebens.

Les éthers de créosote au point de vue chimique ne sont pas des corps absolument définis parce que la créosote elle-même ne l'est pas ; et de même que la créosote est composée de gaïacol, de créosol, de phlorol, etc., les éthers de créosote se composent d'éthers de gaïacol, de créosol, de phlorol, etc., en mêmes proportions que ces corps existent dans la créosote.

La plupart de ces produits — je l'ai dit — ont été essayés, mais je crois avoir été le premier à employer le carbonate et le benzoate de créosote et mon mémoire du congrès de Pau doit être le premier travail sur la question.

Théoriquement, les éthers de créosote sont d'excellents médicaments contre la phtisie, puisqu'ils peuvent être, sans inconvénients, employés à hautes doses par la voie buccale, et puisqu'ils se dédoublent dans le tube digestif. Ils doivent être préférés aux éthers de gaïacol et de créosol, parce qu'ils renferment, comme la créosote, toute une série de corps également actifs contre la tuberculose.

Je parlerai seulement aujourd'hui du carbonate de créosote, n'ayant expérimenté le benzoate que sur un malade et ne faisant que commencer mes expériences avec l'oléocréosote.

Le carbonate de créosote est liquide, de consistance sirupeuse, plus ou moins épaisse suivant la température.

En hiver, on a de la peine à le transvaser si l'on n'a soin de le chauffer légèrement. Sa couleur est blonde. J'ai cependant eu entre les mains des échantillons très bruns, presque noirs. Cette couleur anormale provenait probablement de vices de fabrication.

Le goût de créosote était alors très prononcé et les malades prenaient moins bien le liquide.

Normalement cet éther a une odeur très légère de créosote ; sa saveur est fade, huileuse, avec un très léger goût de goudron. Insoluble dans l'eau, il est soluble dans l'alcool absolu. Il contient 94 0/0 de créosote. Les malades le prennent très facilement en nature. Pour ceux qui sont trop

---

les soies. Les soies me rappellent le cochon et non la pathologie infantile.

Dans la chambre du malade, plusieurs personnes. Debout, un vieux bonhomme qui m'observe sans bouger ; ce doit être un ennemi, celui-là. Trois ou quatre femmes racontent, s'interrompent, expliquent, se contredisent. L'enfant a en la diarrhée parce que les soies irritaient les boyaux, il a fallu faire sortir les soies et elles sortent mal ; la diarrhée persiste. J'examine l'enfant. Oh! le pauvre petit être malingre, rabougri, desséché; mais qu'est-ce? Sur la peau, un hérissement sale de piquants rigides, solidement plantés. On en découvre un peu partout, au ventre, aux épaules, aux cuisses disséminés comme les dards blanchâtres de quelque insecte inconnu. Le dos en est couvert; je crois caresser un porc-épic fraîchement tondu. « Ce sont les soies, me dit la mère ». — De quelle diable de maladie s'agit-il? Et pendant que j'interroge, me parvient la voix assourdie querelleuse du grand-père. « Je vous avais prévenu, grommelle-t-il, qu'il ne sait rien. Vous deviez appeler l'autre. » Il c'était moi. L'autre c'était le confrère. Quelle honte ! Le confrère connaissait les soies et j'en ignorais le premier mot. Il y avait de quoi être humilié. Et je repassais, mais en vain, toute ma dermatologie. Peut-être avait-on roulé l'enfant dans un sac d'épines ; je me souvenais de petites graines poilues dont les enfants se poursuivent et qui s'attachent à la peau. Mais j'arrache un piquant et l'enfant crie ; c'est douloureux quand on tire ; la soie fait partie de la peau. Une voisine qui me portait de l'intérêt me vient en aide. « On lave, me dit-elle, le corps de l'enfant avec de la farine délayée dans l'eau, alors les soies sortent. »

A cette révélation, foin de mon impassibilité professionnelle! Comment ! on barbouillait le duvet de l'enfant et on ne m'avertissait pas et on appelait cela des soies, ces poils follets devenus rigides sous l'empois desséché. « Qu'on lave le corps à l'eau tiède et tout disparaîtra. »

Personne n'obéit et le grand-père s'avance très grave. « Monsieur le docteur, dit-il, l'an dernier chez le voisin est mort un enfant. Cet enfant ne serait pas mort si vous aviez fait sortir les soies. C'est M. X... qui me l'a dit. » M. X... c'est le confrère, toujours le confrère Le reproche était accablant ; je n'avais qu'à courber la tête, ce que je fis en prescrivant une potion de bismuth.

Et je rentrai à pied, sentant le souffle de mépris dont ces gens halayaient ma sortie. « Quel médecin ! il a fallu lui apprendre ce que c'est que les soies. »

Dr C. F.

difficiles on peut le donner en capsules, ou en émulsion.(1).

Chez les enfants j'ai employé des doses de 1 à 6 grammes chez l'adulte de 10 à 15 grammes (3 cuillerées à café). Ce ne sont pas des doses maxima, on peut les dépasser sans inconvénient.

Je dois dire ici que mon excellent ami, le Dr Triaire, de Tours, a bien voulu expérimenter en même temps que moi le carbonate de créosote dans sa clientèle ; et bien que je ne puisse relater parce qu'elles n'ont pas été recueillies au jour le jour, les observations d'une vingtaine de malades qu'il a traités, je ne saurais passer sous silence ces observations dont les résultats m'ont été communiqués dans de nombreuses entrevues, et qui viennent collaborer mes propres observations.

Le carbonate de créosote est éliminé en partie par l'urine ; j'ai fait analyser à 2 reprises l'urine totale de vingt-quatre heures d'une de mes malades, urine qui avait conservé la couleur de l'urine normale et bien que la quantité exacte du produit créosoté n'ait pas été déterminée, la réaction de la créosote était très manifeste.

Un enfant qui prend une cuillerée à café tous les jours rend des urines tantôt claires, tantôt brunes, couleur tisane de noyer.

Un des malades de M. Triaire, que j'ai pu interroger et examiner, après avoir pris pendant quelques jours deux cuillerées à café sans changement de couleur, a vu bientôt l'urine devenir noire verdâtre ; couleur qui a persisté en réduisant la dose de moitié. Ce malade a été très amélioré par son traitement, a vu renaître l'appétit, les forces et même l'embonpoint, et disparaître en grande partie les symptômes pulmonaires. Dans une de mes observations avec deux cuillerées à café l'urine est devenue noire dès le premier jour.

Lorsque l'urine devient foncée elle répand l'odeur de créosote ; cela a été remarqué par le malade de Triaire, par la mère de l'enfant dont j'ai parlé précédemment, et par d'autres malades.

L'haleine a souvent aussi la même odeur, ce qui prouve que le médicament s'élimine aussi par les poumons.

Le carbonate de créosote ne produit aucun malaise, aucune irritation du côté de l'estomac et de l'intestin. Il ne provoque pas la diarrhée, mais ne semble pas avoir d'action sur elle ; plusieurs de mes malades ont accusé de la diarrhée pendant le traitement ; cela tenait à l'épidémie de diarrhée qui sévissait à Tours en août, septembre, octobre. La diarrhée s'est également montrée chez un enfant peut-être atteint de lésions tuberculeuses de l'intestin, et qui est très sujet à cette indisposition. Enfin chez une femme qui a succombé, elle s'est déclarée à la fin de la maladie comme chez la plupart des phtisiques.

Le carbonate de gaïacol, que j'ai expérimenté contre la diarrhée des enfants ne paraît pas non plus avoir beaucoup d'action contre cette affection.

Un des premiers effets du carbonate de créosote est l'augmentation de l'appétit et des forces ; vient ensuite la diminution de la toux et enfin celle des lésions pulmonaires.

(1) Depuis que ce travail est rédigé, j'ai employé aussi le carbonate de créosote en injections sous-cutanées. Il faut avoir soin de faire tiédir le médicament au bain-marie ou en le chauffant légèrement et se servir d'une grosse aiguille. On peut injecter 5 centimètres cubes dans chaque piqûre. L'injection n'est pas douloureuse.

Parallèlement avec cette amélioration le poids du corps augmente et parfois dans des proportions énormes.

C'est ainsi qu'une petite fille de 6 ans et 4 mois, soignée au sanatorium de Touraine, qui du 4 février au 4 août n'avait augmenté que de 2 livres, augmenta de 4 livres du 4 août au 5 septembre pendant le premier mois de son traitement par le carbonate de créosote. En un mois elle avait augmenté plus qu'une enfant bien portante ne fait en un an.

Les six mois précédents elle avait augmenté de 2 livres : et encore faut-il dire que le 4 août, lorsqu'elle a été pesée, elle était soignée depuis deux semaines.

Actuellement cette petite fille peut être considérée comme guérie. Presque toute trace de lésion a disparu ; elle ne tousse plus depuis le commencement de novembre, et au 14 janvier elle avait augmenté de 8 livres ; 8 livres en cinq mois, presque trois fois plus que n'augmente en un an une fillette bien portante de 6 ans 1/2.

Une fille de 20 ans a augmenté de 12 livres du 14 novembre au 21 janvier ; une autre de 15 ans a augmenté de 7 livres du 20 août au 18 octobre, en deux mois, on a vu disparaître complètement ses lésions pulmonaires.

Ces lésions s'améliorent parfois très rapidement. Chez le malade de M. Triaire, dont je rapporte brièvement l'observation, des craquements des 2 sommets disparurent en deux mois et demi.

Une amélioration plus rapide encore se produisit chez un de mes malades qui venait d'avoir des hémorrhagies pulmonaires excessivement graves et qui était dans un état très alarmant.

Je mentionnerai également deux pleurésies aiguës dont l'épanchement disparut en sept jours dans un cas, en treize jours dans l'autre. Ce dernier malade, un enfant de 13 ans, a repris ses forces très vite et a engraissé ; mais on découvre maintenant des lésions tuberculeuses que masquait l'épanchement.

Je crois devoir rapprocher de ces deux observations celle d'un enfant soigné par le carbonate de gaïacol et guéri également en très peu de temps.

Mais pour avoir avec le carbonate de créosote toutes les chances de succès, il ne faut pas négliger l'hygiène. Le grand air et l'alimentation sont indispensables. Mes malades qui ont le plus profité du traitement sont ceux qui ont le plus pris l'air, et qui se sont le moins fatigués. Ceux qui avaient une hygiène déplorable et étaient, malgré la maladie, obligés de travailler la journée entière, ont vu leur état rester stationnaire ou s'aggraver.

Une femme déjà arrivée à la période finale de sa maladie, — qui avait progressé malgré un traitement créosoté régulièrement suivi, — n'a pas retiré plus de bénéfice du carbonate de créosote et a succombé.

Un autre malade, que je n'ai pu suivre, est mort également, mais il n'avait pris du carbonate de créosote que pendant une semaine ou deux, et à faible dose (4 grammes).

Parmi les observations que j'ai pu recueillir, je reproduirai les suivantes qui, bien qu'écourtées et parfois incomplètes, suffiront néanmoins à fixer l'attention sur un médicament destiné, dans un avenir prochain, à remplacer la créosote dans le traitement de la tuberculose.

OBSERVATION I. — 21 décembre 1892. — André R..., 13 ans.

Depuis la naissance jusqu'à 7 ans a toujours eu la poitrine oppressée (poitrine grasse). De 4 ans à 7 ou 8 ans il a eu des écoulements d'oreille, qui passaient et revenaient ; il est resté sourd à droite.

Il a déjà eu une bronchite. Il est pâle, maigre, très faible et très oppressé. Il tousse depuis quinze jours. Un médecin, appelé près de lui, a dit que ce n'était rien, qu'il n'avait que de la faiblesse.

Le côté gauche en arrière présente de la matité dans toute la hauteur, excepté au sommet où il y a une légère sonorité.

Souffle, voix de polichinelle. Même matité en avant ; submatité au sommet.

Le maximum des bruits du cœur est sur le côté droit du sternum.

L'enfant s'est plaint un peu de ce côté.

10 capsules de 0 gr. 40 de carbonate de créosote par jour ; soit 4 grammes.

Cet enfant m'avait été amené à mon dispensaire.

Le 23. Je vois l'enfant chez lui, au lit ; il est faible ; un peu oppressé. Les symptômes fournis par la percussion et l'auscultation sont les mêmes.

Le 29. J'ai vu l'enfant le 24 et le 26. Depuis le 24 il va bien ; il ne souffre pas ; il demande à manger à cor et à cris ; mais on ne lui donne que du lait qu'il n'aime pas beaucoup.

A la percussion, en arrière, il y a de la submatité dans les 3/4 supérieurs ; de la matité dans le 1/4 inférieur.

3 janvier. Il n'y a plus de matité absolue nulle part ; le liquide a complètement disparu. L'enfant, qui a gardé le lit et qui s'amusait sur son lit, excepté les deux ou trois premiers jours, se lève depuis quelques jours ; on lui donnera à manger tout ce qu'il désirera.

L'enfant continuera à prendre 4 grammes de carbonate de créosote.

Le 25. On m'amène l'enfant ; il a bonne mine, beaucoup d'appétit, il est plus gras qu'avant sa maladie.

A la percussion : côté gauche en arrière sonorité jusqu'à la pointe de l'omoplate ; matité presque complète au-dessous ; respiration excessivement faible ; gros frottement dans les grandes inspirations ; au sommet expiration prolongée.

A la percussion, sous la clavicule tonalité plus élevée. Respiration soufflante et expiration prolongée.

N'a pas pris ses capsules depuis huit jours ; les reprendra.

L'urine n'a pas été noire.

Février. L'enfant a encore engraissé. L'urine est parfois noire : haleine, urine et matières sentent la créosote.

Observation II. — 1er février 1892. Marguerite G..., 5 ans et 10 mois. Elevée au biberon. Poitrinaires dans la famille de son père. A 3 ans 1/2 une fluxion de poitrine : depuis en a eu deux par an.

En avril dernier 1891, fluxion de poitrine et pleurésie. Depuis elle ne s'est jamais bien remise. Lors de cette maladie elle crachait du sang cinq ou six jours de suite ; cela cessait, puis recommençait. En décembre elle allait assez bien. Elle a recommencé à tousser il y a quinze jours ; la nuit cela lui siffle et elle étouffe. Toux grasse.

Percussion. — Côté gauche en arrière submatité partout ; de même en avant. Sous la clavicule en dehors bruit de pot fêlé ; en dedans sonorité.

Sonorité peut-être exagérée à droite.

Le maximum des bruits du cœur s'entend sous le sternum ; la vue et la palpation donnent le même résultat ; mais les mouvements du cœur font mouvoir tout le côté.

Les vibrations de la voix ne se sentent pas à gauche.

A l'auscultation on entend à peine la respiration.

Cette enfant avait été à l'hôpital en mars, avril, où elle est restée deux mois ; ensuite est allée à l'hospice de Clocheville où elle est restée de deux mois et demi à trois mois. Elle y avait déjà séjourné plusieurs fois. Le médecin avait dit qu'elle était poitrinaire.

Prendra 2 lavements avec 40 gouttes de créosote chacun.

Le 4 février. Poids 30 livres. Elle garde son lavement du soir toute la nuit ; celui du matin jusqu'à midi. Elle a peu d'appétit.

A gauche en avant sous la clavicule râles fins et moyens, presque du gargouillement.

En arrière dans presque toute la hauteur, souffle léger, submatité ; pas de retentissement de la voix, ni de la toux.

A droite en arrière, au sommet, respiration soufflante.

Elle tousse beaucoup, surtout la nuit ; elle étouffe ; on est obligé de la lever : toux coqueluchoïde. La mère dit qu'elle sue la nuit et qu'elle a la fièvre.

Ce soir elle a un peu de diarrhée, a été 3 ou 4 fois. Elle prendra de la craie pour sa diarrhée et continuera ses lavements.

25 juillet. La petite fille n'est pas revenue au dispensaire ; elle a suivi pendant quelque temps le traitement indiqué ; puis a été conduite à un autre dispensaire où elle allait manger la soupe le matin, et prendre du vin de quinquina ou de l'huile de foie de morue.

Je la retrouve sans la reconnaître, au sanatorium. Ce n'est que plus tard que j'ai su qu'elle avait fréquenté mon dispensaire et que j'ai pu retrouver la note qui précède.

Elle est entrée le 21 juillet au sanatorium ; je la vois le 25. A ce moment elle avait des râles muqueux dans toute la hauteur du poumon gauche, râles de toutes grosseurs et stimulant presque le gargouillement au sommet.

Au sommet droit la respiration était soufflante. Il existait de la matité du côté gauche dans toute la hauteur.

Pendant quelques jours on fit prendre à cette petite fille 0 gr. 50 de carbonate de gaïacol, puis on remplaça par une capsule de 0 gr. 50 de carbonate de créosote. L'appétit qui faisait complètement défaut revint très vite. Le 4 août l'amélioration était déjà très manifeste. Il y avait sans doute eu une augmentation de poids ; mais on avait omis de peser l'enfant à son entrée. Ce jour-là elle pesait 32 livres ; 2 livres de plus que le 4 février, six mois auparavant. La toux n'avait pas diminué, mais les symptômes pulmonaires s'étaient déjà amendés. Voici du reste la note prise le 4 août :

Côté droit en arrière respiration très peu soufflante au sommet et jusqu'à la pointe de l'omoplate.

A gauche respiration excessivement faible dans toute la hauteur en avant et en arrière. Pendant la toux seulement, râles muqueux dans tout ce côté surtout en arrière, plus gros et bien moins nombreux qu'à la dernière visite.

Submatité dans tout le côté gauche. L'enfant mange bien et a meilleure mine.

On lui donnera 2 capsules, soit 1 gramme.

Le 15 août je note : à gauche en arrière, submatité moins prononcée, quelques râles à la base en arrière ; respiration nette ailleurs, très peu soufflante au sommet où l'expiration est un peu prolongée.

Au sommet droit en arrière, respiration faible. L'enfant

mange beaucoup et ne tousse presque plus. Elle prendra 3 capsules de carbonate de créosote, soit 1 gr. 50.

Le 25. L'enfant pèse 35 livres; c'est une augmentation de 3 livres en trois semaines.

Le 1er septembre je note : côté gauche en arrière, quelques râles fins à la base. Dans toute la hauteur respiration à peine plus faible que du côté opposé.

Submatité assez prononcée au sommet en avant et en arrière. L'enfant va très bien, mange bien, dort bien, ne tousse pour ainsi dire plus.

Le 3. L'enfant pèse 36 livres, ce qui fait une augmentation de 4 livres en un mois, alors qu'une fille bien portante de son âge augmente à peine de 3 livres en une année, alors que pendant les six mois précédents, y compris les deux premières semaines de son séjour au sanatorium elle n'avait augmenté que de 2 livres.

Elle sortit du sanatorium quelques jours plus tard et rentra le 21 septembre.

Le 21. Elle pèse 36 livres.

Le 1er octobre, presque 37; elle prendra 4 capsules soit 2 grammes.

Le 12, un peu plus de 37.

Le 25, presque 38. Il n'y a plus de râles dans la poitrine ; la submatité a diminué; l'enfant mange très bien.

3 novembre, 38.

Le 14, 38.

Le 25, presque 39.

21 décembre, un peu plus de 39. A peine un peu de submatité aux points antérieurement malades.

La respiration est presque aussi forte à gauche qu'à droite.

14 janvier 1893, 40 livres. L'enfant peut être considérée comme guérie.

Observation III. — 14 novembre 1892. Clémentine R..., 20 ans ; fille de parents inconnus, est dans un orphelinat depuis l'âge de 4 ans.

A 15 ans bronchite ; a toujours toussé depuis, et a toujours eu depuis une douleur dans l'épaule droite.

Elle a été réglée à 18 ans. Depuis neuf mois ses règles ne sont pas venues.

Elle est très maigre ; elle est quelquefois enrouée. Elle a très peu d'appétit.

Il y a un an ou a ouvert un abcès au tiers supérieur du bras droit. Il reste une cicatrice. Un peu au-dessus existe une tumeur fluctuante ; abcès.

Elle remue difficilement l'épaule qui est en partie ankylosée (tumeur blanche).

Auscultation. — A droite en avant respiration très soufflante avec expiration prolongée.

Dans le reste de la hauteur la respiration est moins soufflante.

Mêmes signes en arrière.

A gauche en avant, la respiration est un peu soufflante au sommet.

La jeune fille prendra 2 cuillerées à café de carbonate de créosote.

Le 24, poids 90. Elle a d'avantage d'appétit; se sent un peu plus forte.

8 décembre. Poids 101 livres. Elle a en plus de ses vêtements habituels, un gilet de tricot qui ne pèse pas une livre.

Elle se sent mieux, tousse moins, mange bien. Elle prend l'air autant qu'elle peut dans son couvent, on entr'ouvre la fenêtre la nuit.

L'abcès paraît moins gros.

Respiration un peu moins soufflante.

Diarrhée depuis trois jours.

Le 30. La diarrhée s'est arrêtée de suite. Elle a vomi les paquets qu'on lui avait donnés pour sa diarrhée, excepté le premier.

Elle tousse davantage matin et soir; mange moins bien. Poids 100.

L'abcès est semblable, on l'ouvrira dans deux jours. La jeune fille a moins pris l'air.

10 janvier. On a ouvert l'abcès. Il est sorti beaucoup de pus. Introduction d'un crayon d'iodoforme. On a déjà renouvelé le pansement ; il y avait très peu de pus sur la ouate et par la pression, on ne pouvait en faire sortir. Il y a quatre jours qu'a eu lieu le second pansement. Aujourd'hui, il n'y a que quelques gouttes de pus sur la ouate. Je ne mets pas de crayon.

La jeune fille s'est beaucoup ennuyée depuis qu'il a été question d'ouvrir son abcès et depuis qu'on l'a ouvert. Elle avait peur que son abcès ne guérisse pas. C'est ce qui m'explique son amaigrissement. Poids 98. Je rassure la jeune fille et lui dit que son abcès va être guéri avant peu

Le 16. Poids 101. Elle mange bien, prend l'air, dort bien, tousse peu. Hier elle est allée se promener dans la neige.

Le 21. La jeune fille mange bien, dort bien et ne tousse presque plus. Elle se plaint un peu de l'épaule droite. La plaie est couverte d'une petite croûte adhérente à la ouate. L'abcès semble se reformer. Il y a un peu de fluctuation. Poids 102.

Auscultation. — Côté droit en avant : expiration prolongée et soufflante. A la base en arrière, la respiration est rude.

Au gauche, un peu de faiblesse de la respiration. En somme amélioration considérable des symptômes généraux ; amélioration légère de l'état local.

Observation IV. — 30 mai 1892. Mme D..., 23 ans, mariée à 20 ans ; pesait alors 128 livres. Mère et sœur mortes poitrinaires. Poids actuel 122 livres 400.

Pleurésie droite à 19 ans ; a presque toujours un peu toussé depuis lors.

Laryngite depuis un an ; était enrouée auparavant depuis quelque temps. Elle est complètement aphone depuis dix mois ; bien réglée, assez grasse, bon appétit.

Auscultation. — Expiration très soufflante et prolongée à droite en arrière ; respiration très rude partout ; moins nette aux sommets en avant.

Moins de souplesse à la percussion des sommets en avant.

Cordes vocales rouges, gonflées, se fermant mal ; la malade est très essoufflée en marchant. Traitement local pour le larynx.

La malade prendra 2 gr. 50 de carbonate de gaïacol en 5 cachets.

28 juin. La malade a pris ses cachets pendant quelques jours ; mais ayant eu de la diarrhée et des vomissements (cholérine) elle a mis ces symptômes sur le compte du médicament et n'a plus pris que 3 cachets. Poids 123 livres. La malade se sent mieux ; plus forte ; étouffe moins.

2 juillet. Un peu moins bien. Mange bien cependant. Douleurs dans la poitrine, oppression, mêmes signes pulmonaires.

- 60 gouttes de créosote en lavement; grand air le plus possible, continuer le carbonate de gaïacol.

Le 7. La malade va mieux; n'a pas pris ses lavements à cause de ses règles, auxquelles on peut attribuer les malaises notés précédemment. Elle est toujours plus fatiguée à ce moment. Elle prendra ses lavements.

22 août. Symptômes pulmonaires un peu atténués. La malade se sent plus forte; est toujours grasse. Son poids n'a guère varié.

Elle prendra 8 capsules de carbonate de créosote de 0 gr. 50, soit 4 grammes. On a cessé les lavements créosotés; pendant qu'elle prenait ces lavements a eu souvent l'urine noire.

4 septembre. A engraissé d'une livre. Elle se sent forte. Elle continue ses 8 capsules et prendra en plus 1 gramme de carbonate de gaïacol.

14 octobre. Poids 126. (Augmentation de 2 livres.) Va très bien. La voix ne s'est guère améliorée; les cordes vocales sont roses, moins gonflées. A peu près les mêmes signes du côté du poumon. La malade prend actuellement 10 capsules, soit 5 grammes.

28 octobre. Prendra 12 capsules.

Janvier 1893. La malade a pris ses capsules à peu près régulièrement, 10 ou 12 par jour. Elle mange très bien, dort bien, est très forte, très grasse, a certainement augmenté de poids, mais ne s'est pas pesée. L'amélioration locale se produit très lentement.

Elle prendra une cuillerée à café de carbonate de créosote puis bientôt deux cuillerées à café.

Mai 1893. L'état général continu à s'améliorer.

Observation V. — Le 23, je vois M. l'abbé X... malade du Dr Triaire. Il tousse depuis de longues années, et a eu plusieurs bronchites. L'an dernier il a craché beaucoup de sang, moins cette année; mais il toussait beaucoup et avait des lésions pulmonaires assez graves. M. Triaire lui fit prendre d'abord de petites doses de carbonate de gaïacol, et à partir des premiers jours de novembre 2 cuillerées à café de carbonate de créosote. A ce moment, il y avait de la submatité, du souffle et des craquements aux deux sommets. Le côté droit s'était pris d'abord, puis le gauche.

Au bout de quelques jours M. X... sentit ses forces augmenter, il eut davantage d'appétit; mais bientôt l'urine devint noire verdâtre.

M. Triaire fit diminuer la dose de moitié, mais l'urine continua à être noire.

Cependant les forces augmentèrent et la toux disparut presque complètement.

Aujourd'hui il n'y a presque plus de submatité; on ne trouve ni râles, ni craquements; mais seulement la respiration un peu soufflante au sommet gauche.

M. X... a repris un peu d'embonpoint, mais il ne s'est pas pesé.

Observation VI. — M. F..., 50 ans. Il tousse depuis un certain nombre d'années, est très maigre et manque de forces. Il mange peu d'ordinaire.

Depuis plusieurs années il a presque constamment la diarrhée, plus ou moins.

Il y a trois ans il eut une hémorrhagie pulmonaire qui le tint quelques jours au lit. Depuis lors il a toujours été faible, mais il ne s'est jamais soigné sérieusement.

Je l'ai vu l'an dernier pour la première fois; sa respiration était rude, manquait de souplesse, et l'expiration était prolongée.

Je lui ordonnai alors un traitement qu'il n'a guère suivi.

Le 13 décembre 1892, je suis appelé de nouveau. Il est au lit depuis quelques jours avec des crachements de sang considérables. Il rend par vingt-quatre heures environ un verre de sang presque pur.

Je le vois tous les jours jusqu'au 19. Ce jour-là il a rendu encore beaucoup de sang; mais un peu moins; les crachats sanglants sont aérés.

Il ne peut être question d'ausculter le malade tant il est faible et tant on craint que les mouvements augmentent l'hémorrhagie pulmonaire. Le traitement a consisté en dragées d'ergotine.

Le 23 les crachats ont changé d'aspect, ils sont rosés, ont mauvaise mine. Le malade s'est encore affaibli. Il y a du souffle et des râles dans une grande partie des poumons. Il a pris très peu de nourriture depuis le commencement de sa maladie et manque absolument d'appétit.

Le 31 décembre, les crachats ne contiennent plus de sang mais la faiblesse s'est accrue dans des proportions considérables. Le malade est très oppressé. A l'auscultation on trouve du souffle dans la plus grande partie des poumons, et au milieu de ce souffle des râles de plusieurs grosseurs, surtout des râles très fins.

L'appétit est nul: la fièvre est forte; le pouls petit et très vite; l'état est très grave. A chaque visite j'avais recommandé de l'air, mais on en avait rien fait.

J'ordonne 8 capsules de 0 gr. 50 de carbonate de créosote, soit 4 grammes. Je recommande encore l'air et la nourriture.

Le 14 janvier l'état s'est un peu amélioré; la fièvre a disparu; les râles ont diminué ainsi que l'intensité du souffle. Le malade mange un peu; il prendra 10 capsules soit 5 grammes.

Le 23. Le malade sans avoir grand appétit mange beaucoup mieux; il se sent plus fort, il se lève tous les jours et reste assez longtemps levé. Sa fenêtre, depuis qu'il fait moins froid reste ouverte une partie de la journée. Il tousse et crache un peu moins.

A l'auscultation il n'y a plus de râles, plus de souffle. La respiration est simplement rude à droite, surtout en arrière; à gauche en arrière la respiration est soufflante avec expiration prolongée. Le malade est en voie de guérison. Il prendra une cuillerée à café de carbonate de créosote et dans quelques jours 2 cuillerées à café.

Observation VII. — 3 novembre 1892. Raphaël L... aura dix-neuf ans le 15 décembre. Beaucoup de rhumes depuis l'âge de 10 ans. Actuellement tousse depuis le mois d'août. Pèse 98 à peine.

La nuit, il tousse par quintes jusqu'à ce qu'il vienne un crachat. Le jour, les crachats viennent facilement. Pas d'appétit.

Au sommet gauche, en arrière, submatité; expiration très peu prolongée, mais râles de grosseurs différentes pendant la toux.

En avant, tonalité exagérée, moins de souplesse à la percussion. Quelques râles également pendant la toux.

Respiration un peu rude des deux côtés. 9 grammes de carbonate de créosote.

5 novembre. Sue le matin, a mouillé sa chemise et son gilet, cela depuis quelque temps. Poids 98.

Le 9. Mange peu, tousse encore assez la nuit; crachats très épais, sue un peu moins. Poids 98.

Le 14 A davantage d'appétit; tousse moins. Poids 98.

Le 21. Poids 98, se sent assez fort; mange assez bien; prendra 2 cuillerées à café de carbonate de créosote.

Le 26. Poids 99. Ne tousse presque plus, ne crache plus. Ce matin n'a toussé que 3 fois et a rendu un peu de sang.

3 décembre. Poids 100 (mêmes vêtements), se sent plus fort, ne tousse presque plus, ne crache presque plus.

Percussion. — Sommet gauche en avant, très légère submatité, pas de souplesse. Sommet gauche en arrière et moitié supérieure submatité très marquée.

A droite, pas de souplesse.

Auscultation. — Au sommet gauche en avant, respiration forte; en dehors en un point, respiration soufflante avec toux retentissante et expiration prolongée.

En arrière à gauche au sommet et dans les deux tiers de la hauteur, respiration faible; très peu de râles au sommet dans la toux.

A droite, respiration presque normale.

Le 12. Poids 100, va bien.

Le 21. Ne tousse plus ou presque plus, mange bien. Pèse 100.

Percussion. — Côté gauche, sonorité presque normale; moins de souplesse. A droite, moins de souplesse.

Le 29. Poids 100. Bon appétit, prend l'air; l'a toujours pris plus ou moins; se promène, ne tousse pour ainsi dire plus, ne crache plus.

6 janvier 1893. Va bien, même poids.

Le 17. Même poids, tousse un peu plus; mêmes signes à l'auscultation. Prendra 3 cuillerées à café de carbonate de créosote.

Mai 1893. Continue à aller bien.

Observation VIII. — 11 août 1892. Mme G..., 31 ans. Pleurésie gauche à 16 ans, a toussé longtemps; toussa nouveau depuis trois ou quatre ans; a craché du sang il y a dix-huit mois.

Au sommet droit, expiration peu prolongée.

Submatité très prononcée à gauche.

Maigreur très grande.

Ne tousse pas la nuit; tousse un peu le jour, ne crache pas.

Maigrit surtout depuis cinq ou six mois. A 18 ans pesait 113.

Mange assez bien; dort bien; souffre un peu dans la poitrine et dans le dos, surtout quand elle se fatigue.

Bien réglée; pertes blanches.

1 gramme de carbonate de créosote.

17 août. Mange bien. Souffre dans le bas du côté gauche. Poids 91, pesait 99 l'an dernier.

2 grammes de carbonate de créosote.

Le 22. Tousse un peu moins. Poids: un peu plus de 91. Mange bien. Sue la nuit depuis deux jours. Elle souffre de l'estomac depuis très longtemps.

3 grammes de carbonate de créosote.

Le 26. Pèse un peu plus de 91. Elle a moins sué. Les sueurs provenaient de la chaleur plus grande qu'il faisait. Elle tousse moins.

4 grammes de carbonate de créosote.

Le 31. Poids: un peu plus de 91.

10 octobre. Pèse toujours le même poids; se trouve mieux; bon appétit; ne tousse presque plus; dort bien; a pris régulièrement 4 grammes de carbonate de créosote, puis (ou en manquait) 3 gr. de carbonate de gaïacol jusqu'à aujourd'hui.

Respiration faible à droite, surtout en arrière au sommet. Au sommet gauche en avant, respiration soufflante, expiration prolongée, en arrière respiration très soufflante et expiration très prolongée. On continue à la soigner avec du carbonate de créosote.

Janvier 1893. Va bien, a augmenté de poids.

CLINIQUE MÉDICALE

CHOLÉRA ET FIÈVRE TYPHOÏDE (1),

Par M. J. Girode.

Les relations du choléra et de la fièvre typhoïde, les deux maladies hydriques par excellence, se sont affirmées d'une façon particulièrement marquante dans la dernière épidémie. La concomitance des deux affections a été presque partout observée, la fièvre typhoïde ayant généralement précédé le choléra et lui ayant survécu. J'ai pu observer de semblables faits dans différentes localités de la Seine-Inférieure et de l'Eure: l'épidémie de la Seine en a offert un grand nombre d'exemples (2). Non seulement il a existé concomitamment dans les mêmes foyers des cas typhiques et cholériques, mais on a pu voir les deux maladies évoluer successivement chez le même sujet, au point d'éveiller l'idée d'une infection presque simultanée, ou d'établir tout au moins, sinon un appel de l'une à l'autre maladie, du moins l'absence d'un antagonisme entre elles.

Parfois c'est au cours d'une fièvre typhoïde en pleine évolution, que l'infection cholérique survient accidentellement, se développe le plus souvent avec une grande acuité et entraîne rapidement la mort. J'ai observé à l'Hôtel-Dieu de Rouen une petite épidémie intérieure, développée par un mécanisme d'ailleurs obscur, et ayant frappé 4 malades d'un même service. Un de ces malades, homme adulte, était atteint de fièvre typhoïde à la période d'état: pris de choléra le 29 septembre, il succombait en deux jours.

Mais le plus souvent, c'est la filiation inverse qu'on observe, l'évolution typhique succède aux symptômes cholériques. A vrai dire, si la réaction à forme typhique à la suite du choléra est dès longtemps connue, et a été observée dans des cas suivis de guérison comme dans des cas mortels (3), il ne semble pas qu'une infection dothiénentérique tout à fait caractérisée et anatomiquement démontrable ait été souvent observée. Cependant M. Galliard (4) a rapporté deux exemples de fièvre typhoïde ayant évolué chez des malades arrivés à la fin de la période cholérique proprement dite: dans l'un des cas, la fièvre typhoïde put être nettement affirmée. Cependant la démonstration de l'infection éberthienne formerait un complément utile, et n'est pas négligeable dans l'espèce. En comparant et collectionnant les lésions intestinales, spléniques et ganglionnaires trouvées dans 34 autopsies de choléra pur, sans fièvre typhoïde, chez des sujets morts à des périodes diverses de

(1) Société de biologie, 27 mai 1893.
(2) Netter. *Soc. méd. des Hôp.*, 20 janv. 1893.
(3) V. Duflocq. *Th. de Doct.*, Paris, 1885.
(4) V. *Soc. med. des Hôp.*, 20 janv. 1893.

l'évolution cholérique et plus particulièrement à la phase de réaction, je ne crains pas d'affirmer que je trouve l'ensemble lésionnel nécessaire pour caractériser une fièvre typhoïde légitime. Dans le quart des cas cités, il existait des ulcérations intestinales occupant de préférence la fin de l'iléon, prenant la forme des ulcères folliculaires ou exceptionnellement d'ulcérations plus larges des plaques de Peyer. En somme, chez un cholérique ayant présenté un ensemble typhique à la période de réaction, quelques ulcérations intestinales et une grosse rate ne suffiraient pas pour affirmer l'infection dothiénentérique.

Voici un fait où la démonstration bacillaire double a été régulièrement faite, et où l'ensemble anatomique et bactériologique de l'infection eberthienne ne laisse aucun doute sur l'adjonction d'une fièvre typhoïde vraie à un choléra caractérisé.

Un jardinier de 26 ans entre à Beaujon, le 5 juillet, dans le service de M. Fernet : le malade est en pleine période d'un choléra arrivé au troisième jour. La diarrhée a été particulièrement fréquente, elle est encore à l'entrée incolore, riche en grumeaux et filaments blanchâtres. Le bacille virgule est aisément constaté dans les évacuations, isolé et expérimenté : il existe en grande abondance. Les formes allongées spirillaires présentent un développement très prédominant. La végétabilité est normale, mais la virulence faible et bien inférieure aux cas du mois d'avril.

Les jours suivants, la réaction se dessine, un état fébrile apparaît, la diarrhée continue, mais se colore vers l'état ocreux. Enfin, on assiste au développement de tous les phénomènes caractéqistiques d'une fièvre typhoïde ataxoadynamique, y compris la courbe thermique élevée à type continu et les taches rosées. Après une période d'amélioration du 13 au 15, obtenue après l'application de la balnéothérapie froide, le malade succombait rapidement le 16. Le bacille virgule était disparu des selles dès le 7. Après diverses tentatives infructueuses, je pouvais isoler le bacille d'Eberth d'une prise de selles ocreuses le 14, et des urines albuminuriques le 15. A l'autopsie, la rate est grosse, violacée, molle; les ganglions du mésentère sont également très hypertrophiés et brun noir. Les follicules clos de l'intestin grêle sont volumineux, d'un rouge noirâtre, formant de véritables boutons qui rappellent tout à fait la période d'augment des lésions typhiques; les plaques de Peyer sont infiltrées, saillantes, très foncées. Sur les plaques les plus rapprochées de la valvule iléo-cæcale, il existe des ulcérations de 1/2 à 1 centimètre, profondes, à bords sinueux. L'altération des follicules se poursuit un peu sur le gros intestin. L'étude histologique et bactériologique de ces lésions a permis de confirmer leur nature typhique vraie : le bacille d'Eberth a été facilement extrait de la rate en culture pure, et tous ses caractères contrôlés suivant les méthodes ordinaires.

Ainsi l'infection double est ici hors de tout conteste : le bacille virgule et le bacille typhique ont été successivement isolés, conformément à la double évolution clinique. Il est impossible de rien préjuger de la chronologie probable de la deuxième infection; l'incubation typhique s'est faite concomitamment à l'évolution cholérique en cours, sans être gênée dans son développement, ou peut-être même plutôt favorisée, suivant l'opinion exprimée par M. Chantemesse (1). En tout cas, pareille simultanéité crée un lien de plus entre les deux grandes infections hydriques qui localisent sur l'intestin leurs premières actions nocives.

REVUE DES JOURNAUX

LE CHOLÉRA ASIATIQUE EST UN EMPOISONNEMENT PAR DES NITRITES, QUI ENGENDRENT LES BACILLES DU CHOLÉRA, par les prof. R. EMMERICH et J. TSUBOI. (*Münchener medicin. Wochenschrift*, 1893, n° 25, p. 473.)

Les deux auteurs se sont donné pour tâche de rechercher si les manifestations si caractéristiques de l'empoisonnement qui est en cause dans les cas de choléra asiatique n'étaient pas occasionnés par des produits déjà connus de l'activité vitale du bacille virgule. Or, depuis longtemps, on savait que ces bacilles, quand on les cultive dans des milieux de culture artificiels, produisent une grande quantité de nitrites. Ils possèdent à un plus haut degré que n'importe quelle autre espèce connue de bactéries pathogènes et saprophytiques, la propriété de transformer en acide nitreux les nitrates, voire le carbonate d'ammoniaque, contenus dans le milieu de culture. D'autre part, Oscar Lœwe a émis une théorie dont la justesse est déjà attestée par un grand nombre de faits. Cette théorie revient à dire que toute substance qui, à l'état de grande dilution, est à même de s'engrener dans des groupes aldéhyde ou amide, est aussi un poison pour toute matière vivante. C'est ce qui s'est vérifié notamment pour ce qui concerne l'hydroxylamine, la diamide, la phénylhydrazine.

Dans ces conditions les deux auteurs se sont demandé si les nitrites ne seraient pas le poison responsable de l'empoisonnement cholérique. Au préalable, ils ont voulu se renseigner sur le degré de toxicité des nitrites. Ils ont constaté qu'à la dose de 50 milligr. (0,1 par kilogr. de poids corporel) le nitrite de sodium tuait des cobayes en très peu de temps, que le poison fût introduit dans l'estomac ou injecté sous la peau.

De même, des lapins ont péri en l'espace d'une heure, après administration de 20 centigr. (0,12 par kilog. de poids corporel) de cette substance.

Même résultat chez des chiens auxquels on fait pénétrer dans l'estomac, de 0 gr. 3 à 1 gramme de nitrite de sodium dans l'estomac. Les symptômes présentés par les chiens, dans ces conditions, offrent une certaine ressemblance avec ceux de l'attaque de choléra.

Quant au reste, on ne possède encore que peu de données susceptibles de nous éclairer sur le côté clinique de l'empoisonnement par les nitrites chez l'homme.

On sait qu'après ingestion *per os* de 0 gr. 5 à 0 gr. 6 de nitrite de sodium, on observe, au bout d'un temps assez court, des symptômes d'intoxication : vertige, nausées et vomissements, évacuations diarrhéiques fréquentes (jusqu'à 30 selles en l'espace de douze heures), hypothermie, accélération puis ralentissement des mouvements respiratoires, accélération, puis petitesse du pouls, cyanose très prononcée du visage, des lèvres, des mains, qui sont froides, diminution de la sécrétion urinaire. Atkinson (*Therapeutic Gazette*, sept. 1887, p. 611) a vu sur un tiers de ses malades (12 hommes et 4 femmes) ces accidents se produire déjà après absorption de 0 gr. 2 de nitrite de sodium.

(1) V. *Soc. méd. des Hôp.*, 20 janvier 1893.

En somme, une très grande ressemblance parait exister entre le tableau clinique de l'empoisonnement par les nitrites et celui de l'attaque de choléra asiatique, et cette ressemblance se poursuit dans les détails. Seulement, dans les cas d'empoisonnement par les nitrites, les évacuations diarrhéiques n'ont pas le plus souvent l'aspect de l'eau de riz; mais cela peut s'expliquer en partie par la rapidité plus grande avec laquelle évoluent les accidents, mais surtout par cette raison que dans les cas ordinaires d'empoisonnement par les nitrites, ceux-ci sont absorbés en majeure partie dans l'estomac; ils ne peuvent donc pas exercer leur influence délétère directe sur l'épithélium de l'intestin, dont les cellules mortifiées donnent aux selles l'aspect de l'eau de riz, dans les cas de choléra asiatique.

Une des manifestations les plus intéressantes de l'empoisonnement par les nitrites est, d'autre part, la méthémoglobinhémie, l'apparition de l'hémoglobine dans le sang. Or la présence de l'hémoglobine a été constaté plusieurs fois, par les deux auteurs, dans le sang de cobayes qui avaient succombé au choléra asiatique, tandis qu'on ne trouve pas de méthémoglobine dans le sang des cobayes qu'on sacrifie en pleine santé, et cela même quand le cadavre de ces animaux a été abandonné pendant quelque temps. Étant donné que pour communiquer le choléra à des cobayes, on leur administre préalablement une assez grande quantité de teinture d'opium, les deux auteurs ont cru devoir établir également que l'empoisonnement par l'opium n'occasionne pas d'hémoglobinhémie.

On sait aujourd'hui que cette altération du sang peut être causée aussi bien par des substances oxydantes, ozone, iode, hypochlorite de soude, chlorates, nitrites, nitrates (nitroglycérine)-substances organiques nitritées, que par des substances réductrices-hydrogène à l'état naissant, combinaison du palladium et de l'hydrogène, pyrogallol, brenzcatéchin, hydrochinon, alloxantine, — et par des substances qui n'agissent ni comme oxydantes, ni comme réductrices, — sels d'aniline, toluidine, acétanilide, acetphénétidine etc. Or aucune des substances en question, à l'exception des nitrites, ne peut être incriminée dans le développement de l'empoisonnement cholérique. Les intoxications qu'elles engendrent diffèrent sensiblement du tableau clinique de l'attaque de choléra, à l'exception, bien entendu, de l'empoisonnement par les nitrites, et aussi de l'empoisonnement par l'hydroxylamine. Voire que Petri a démontré (*Centralblatt für Bacteriologie und Parasitenkunde*, 1889, t. V, p. 564) que très vraisemblablement le bacille virgule pouvait fabriquer de l'hydroxylamine aux dépens des nitrates.

C'est donc aux nitrites de même provenance, fabriqués par le bacille virgule, qu'il faut rattacher la méthémoglobinhémie qu'on constate chez le cobaye, à la suite de l'introduction, dans l'estomac, d'une culture du bacille en question.

Toutefois d'autres bactéries, les unes pathogènes, les autres saprophytiques, jouissent de cette même propriété de fabriquer des nitrites aux dépens des nitrates. Comment se fait-il, dès lors, que seul, le bacille virgule développe chez l'homme, un empoisonnement en rapport avec la présence des nitrites dans le sang?

(*A suivre.*) E. Ricklin.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Leçons sur le traitement des névroses, par le Dr Seguin (de New-York.)

Il y a toujours intérêt, pour les médecins d'un pays donné, à jeter de temps à autre un coup d'œil sur la pratique des médecins étrangers. La comparaison qui en résulte leur fournit en effet l'occasion de faire la critique des méthodes qui leur sont familières et des traditions thérapeutiques, toutes plus ou moins voisines de la routine, auxquelles ils obéissent trop souvent d'une manière inconsciente. C'est une impression de ce genre qu'ils pourront éprouver en lisant les *Leçons sur le traitement des névroses*, de M. le Dr Seguin, de New-York. Il y a beaucoup de choses à apprendre dans ce livre, où l'auteur a fait preuve d'originalité en même temps que d'expérience. La manière dont il comprend la curabilité de certaines affections d'ordre purement nerveux, et le rôle majeur qu'il attribue à l'observance de certaines prescriptions d'ordre purement hygiénique étonneront sans doute plus d'un de ses confrères français, engagés dans une voie différente en vertu de préjugés inhérents à toute éducation médicale. Il est vrai que ces prescriptions sont dictées ou plutôt imposées par les habitudes et le genre de vie spécial de la clientèle à laquelle elles s'adressent. Elles n'en sont pas moins très sensées, et comme telles, pourront revendiquer une part importante dans les bons résultats du traitement. M. Seguin, fait d'ailleurs preuve d'une véritable foi dans la thérapeutique, qu'il appelle *la fonction la plus élevée de la science médicale*, et qui est à ses yeux l'*ultima ratio* de toute conception diagnostique, facilement ou péniblement édifiée. Aussi est-ce en médecin convaincu qu'il discute le traitement de ces graves névroses appelées : épilepsie, migraine, névralgie faciale, maladie de Basedow. Dans les pages qu'il leur consacre, il se montre l'homme du fait clinique, évitant de s'attarder à des considerations théoriques trop souvent subtiles et presque toujours dépourvues de sanction pratique. Ce qui le préoccupe le plus, ce sont les questions relatives au mode d'administration des médicaments, à la détermination et à la répartition des doses: il y apporte une précision que l'on pourrait qualifier de minutie, et qui n'est vraisemblablement que l'effet d'une probité professionnelle portée à l'extrême. Que l'on médite, par exemple, les pages consacrées à l'emploi des bromures dans le traitement de l'épilepsie et à l'utilité des moyens hygiéniques dans celui de la migraine, ou bien encore le chapitre consacré au régime et à l'hygiène dans les maladies nerveuses et on sera frappé du prix que l'auteur attache à certaines prescriptions, si volontairement dédaignées ailleurs, de ses efforts pour mettre la thérapeutique en harmonie avec les exigences si variables des cas individuels. D'ailleurs, il ne faut pas oublier que les conclusions s'adaptent ici à une clientèle spéciale, qui a ses traditions, ses goûts, ses habitudes, ses préférences, aussi bien en matière d'hygiène qu'en matière de médicaments. Quand on a fait la part de cette circonstance particulière, il reste un livre intéressant et certainement très utile à consulter, un livre digne du succès que mérite toute œuvre qui a été mûrie et vécue avant de recevoir la consécration définitive de la publicité.

Phtisie pulmonaire et bacille tuberculeux, par le Dr Leudet.

Ces deux expressions «*phtisie pulmonaire* et *bacille tuber-*

culeux » sont-elles réellement synonymes, c'est-à-dire indifféremment applicables pour désigner une seule et même chose qui est la maladie tuberculeuse? Quelle part prend le bacille aux origines et aux débuts de la tuberculose, à son développement, à ses arrêts, à sa terminaison? De quel secours nous est-il dans le diagnostic, le pronostic et le traitement de la maladie? A quel moment, et dans quelles circonstances peut-il être considéré comme une quantité négligeable? Autant de questions à poser et à résoudre, depuis l'introduction de la notion microbienne dans l'étiologie de la tuberculose. Ces questions, M. le Dr Leudet a cru devoir les aborder et les discuter, et cela nous a valu une intéressante brochure, qui renferme beaucoup de choses dans sa brièveté. On devra en méditer avec soin les conclusions, assez sévèrement motivées pour forcer l'attention, et peut-être entraîner la conviction.

Notre confrère estime donc, et c'est là l'idée principale de son travail, que lorsqu'il s'agit de tuberculisation, le microbe pathogène n'est pas tout, qu'il ne représente en réalité qu'un des facteurs ou plutôt un des coopérateurs de l'acte pathologique qui constitue cette grande maladie. L'implantation bacillaire n'est qu'un fait initial, à côté duquel évoluent d'autres conditions non moins importantes, comme l'influence de la prédisposition héréditaire ou acquise, celle du terrain, etc., S'il en était autrement, si toute la maladie résidait dans le bacille, on ne s'expliquerait pas la diversité des lésions anatomiques et la variété des expressions cliniques par lesquelles s'affirme la maladie générale appelée tuberculose. Au contraire, une pareille notion impliquerait forcément l'unité des effets, comme inévitable corollaire de l'unite de la cause. Or, dit avec raison M. Leudet, la phtisie, à l'encontre des maladies zymotiques ses congénères, ne présente aucune régularité dans son évolution : la marche cyclique des maladies virulentes rougeole, scarlatine, variole, lui est tout à fait inconnue. Preuve que le bacille de Koch n'a pas l'importance exclusive ni même prépondérante qu'on a voulu lui attribuer : et preuve aussi que sa constatation est simplement un signe de luxe qui ne fait guère que confirmer un diagnostic déjà posé et rendu irrévocable par la clinique. La notion microbienne est donc fort souvent superflue, au point de vue du diagnostic ; elle n'est guère plus utile, si on se place au point de vue plus spécial du pronostic.

En effet les prévisions concernant l'évolution ultérieure de la maladie ne sauraient en aucune façon être réglées par l'existence du bacille. Il y faut bien d'autres arguments cliniques et notamment on doit faire intervenir les considérations tirées de la variabilité des aptitudes constitutionnelles, et la résistance du terrain, de l'individu, du mode de réaction des organes vis-à-vis de l'élément pathogène. Autant d'aspects différents de la question, autant de manières d'envisager le pronostic, autant de recherches nécessaires si l'on veut arriver à une précision voisine de la certitude. On trouve également matière à restriction quand l'on envisage simplement le traitement, cette sanction indispensable de toute élaboration médicale sérieuse. Il suffirait ici d'invoquer toutes les tentatives instituées en vue d'atteindre directement et de stériliser le bacille, tous les médicaments recommandés à cet effet, et, d'autre part, de faire ressortir le peu de succès ou plutôt l'insanité de ces bonnes intentions thérapeutiques, pour montrer combien la notion bacillaire est restée en pratique virtuelle et stérile. M. Leudet croit donc pouvoir conclure que, en présence de la phtisie, nous devons maintenir les anciens errements, et continuer à nous préoccuper de l'état général, du terrain, bien plus que de l'utilité de tel ou tel agent supposé microbicide.

Cette conclusion n'est pas nouvelle, sans doute, mais elle est ici assez fortement motivée pour mériter les honneurs de la discussion. On peut d'ailleurs prévoir qu'elle rencontrera des opposants, surtout parmi les fervents de la doctrine parasitaire, si vulgarisée de nos jours. En tous cas il importait de l'affirmer une fois, et en même temps de revendiquer les droits de la clinique, droits imprescriptibles que les découvertes de laboratoire ne sauraient en aucune façon annihiler ou amoindrir. Telle a été la préoccupation de M le Dr Leudet, et nous pensons qu'il a suffisamment réussi dans son œuvre de revendication sincère. P. M.

TRAITÉ D'HISTOLOGIE PRATIQUE, par J. RENAUT, professeur d'anatomie générale à la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux de Lyon, membre correspondant de la Faculté de médecine. (Deuxième fascicule du tome I : tissus du squelette, tissu musculaire, systémes vasculaire, sanguin et lymphatique, avec 253 figures dans le texte, dessinées par MM. Frederic Renaudot et J. Goujet, gravées par MM. Le Riverend et Mercier. — L. Bataille et Cie, éditeurs, 23, place de l'Ecole de Médecine. Paris, 1893.)

Le professeur J. Renaut vient de donner au public médical le second fascicule du tome premier de son *Traité d'histologie pratique*. Ce demi-volume, depuis longtemps attendu, traite des tissus entrant dans la constitution du squelette, de l'ostéogénèse, des systèmes musculaire, vasculaire, sanguin et lymphatique.

Continuant dans ce fascicule la méthode déjà exposée dans le premier, M. le professeur Renaut a réservé à l'histoire des tissus et des structures d'organes, l'intégralité du texte courant. La technique si importante aujourd'hui en histologie, est régulièrement exposée en notes. Le *Traité d'histologie pratique* justifie ainsi son titre: il constitue à la fois un livre d'instruction et un instrument de recherche.

Sa place paraît donc marquée tout aussi bien sur le bureau d'un médecin instruit que sur la table de travail d'un laboratoire d'histologie normale ou pathologique.

Enfin, pour que cette œuvre ait toute la clarté désirable, le texte est illustré d'un grand nombre de figures, toutes originales et dessinées d'après nature sur les préparations de l'auteur.

Le tome II terminera l'ouvrage, il formera deux fascicules qui paraîtront dans l'espace de dix-huit mois.

THÉRAPEUTIQUE DES MALADIES DE L'ESTOMAC ET DE L'INTESTIN, par le Dr ALBERT MATHIEU, médecin des hôpitaux de Paris. — Un vol. relié, in-18 jésus. — O. Doin, éditeur, 8, place de l'Odéon, Paris, 1893.

La bibliothèque de thérapeutique médicale et chirurgicale que la maison O. Doin édite avec tant de soin et de luxe, vient de s'enrichir d'un nouveau volume traitant des maladies de l'estomac et de l'intestin. Ce n'est point la première fois que M. Mathieu nous entretient d'un tel sujet, il y revient encore dans son ouvrage intéressant où il met au point les notions actuelles qui s'y rapportent.

Le but et la division du travail sont exposés dans le clair avant-propos que voici :

« On trouvera dans ce volume un exposé d'ensemble de la thérapeutique des maladies de l'estomac et de l'intestin.

Il est impossible, à l'heure actuelle, de séparer l'étude des maladies stomacales de celle des maladies instestinales, surtout lorsqu'on se place au point de vue de la pathologie générale et de la dyspepsie : il n'est donc guère plus facile de scinder l'étude du traitement qui leur convient. La valvule pylorique et la valvule iléo-cæcale marquent dans le tube digestif beaucoup plus les limites de régions anatomiques que de territoires bien distincts au point de vue de la physiologie normale et morbide.

Depuis quelques années, deux notions ont amené un changement profond dans l'état des connaissances médicales en ce qui concerne les états pathologiques gastro-intestinaux ; c'est, d'une part, la connaissance plus exacte du chimisme de l'estomac, et, d'un autre côté, la démonstration pathogénique des intoxications d'origine intestinale. Notre devoir était surtout de chercher à montrer clairement dans quelle mesure ces notions nouvelles ont modifié les indications thérapeutiques, d'exposer les *desiderata* formulés et les moyens mis dès à présent à notre disposition pour les remplir.

On ne doit pas oublier que le dernier mot est loin d'être dit; et, si nous connaissons mieux, bien que très incomplètement encore, le processus de la digestion stomacale, nous connaissons fort mal le processus de la digestion intestinale, malgré toute son importance : de là une lacune énorme en pathogénie et en thérapeutique. Cependant une lueur de jour et de méthode commence à pénétrer là où régnait l'obscurité et le pur empirisme : c'est quelque chose.

Il convient d'indiquer et de défendre en quelques mots la division suivie dans cet ouvrage ; elle a sa raison d'être.

Tout d'abord, dans un chapitre préliminaire de technique séméiologique, nous avons signalé les principales méthodes d'examen du contenu de l'estomac, des matières fécales et des urines en vue du diagnostic spécial des états dyspeptiques. Nous nous sommes bornés à l'exposé de notions simples élémentaires, indispensables pour un bon examen clinique.

Ce n'est pas qu'on doive ni surtout qu'on puisse toujours pratiquer les recherches de cet ordre ; mais ce sont elles qui nous ont appris ce que nous savons à l'heure actuelle de plus que les générations précédentes et on doit pouvoir le faire parce qu'elles seules donnent la certitude, en cas de dyspepsie gastrique, sur la variété clinique de cette dyspepsie.

Dans un second chapitre on trouvera une étude générale, forcément sommaire, du régime dans la dyspepsie gastro-intestinale.

La partie suivante, la plus importante, est un manuel de *thérapeutique générale*, de *thérapeutique séméiologique*. La dyspepsie gastro-intestinale n'était, en somme, qu'une série de complexus symptomatiques, son traitement devait prendre place ici. On trouvera donc juxtaposées, dans un ordre qui nous a paru logique et naturel, la définition clinique et la médication des divers états dyspeptiques de l'estomac et de l'intestin: l'hyperchlorhydrie, la dyspepsie nervo-motrice atonique, la dilatation de l'estomac, la constipation, la diarrhée, l'auto-intoxication gastro-intestinale.

Les indications fournies par les grands complexus dyspeptiques sont en réalité indépendantes de l'existence d'états anatomo-pathologiques sous-jacents, bien que les lésions, lorsqu'elles existent puissent fournir, elles aussi, des indications particulières. On trouvera donc, d'après cela, dans cette partie de cet ouvrage, des renseignements applicables au traitement des maladies de l'estomac et de l'intestin prises isolément ; on y trouvera toutefois plus particulièrement le traitement des formes cliniques de la dyspepsie *spécifiées par la prédominance* de tel ou de tel élément symptomatique.

Dans une quatrième partie est exposée la thérapeutique des *maladies de l'estomac et de l'intestin*. Elle est très courte parce que le traitement de ces maladies est avant tout symptomatique et que beaucoup d'indications utiles ont été données auparavant. »

. . . .

Ajoutons qu'aux chapitres résumés plus haut est annexé un appendice où l'auteur reproduit la plupart des formules citées dans le texte, avec l'adjonction de quelques autres formules proposées. Ce recueil est très précieux, car il faut se souvenir que les dyspeptiques ont le plus souvent une tendance à l'hypochondrie ; il sera donc fort utile au médecin d'avoir plusieurs cordes à son arc et de changer de formules quand, pour une raison quelconque, il juge utile de le faire. Il en trouvera d'excellentes dans cet appendice.

R. F. M.

NOTES ET INFORMATIONS

Désaffectation de l'hôpital Beaujon. — Le Conseil municipal de Paris, dans sa séance du 26 juin, a renvoyé à l'examen d'une commission, une proposition de M. Binder tendant à la désaffectation de l'hôpital Beaujon qui serait reconstruit ailleurs. L'économie résultant de la vente des terrains, serait de 8.000.000. Le projet comprendrait une maison de secours construite sur l'emplacement actuel, pour recevoir les blessés ou victimes d'accidents, en attendant leur transport dans un hôpital général. — Il nous semble qu'une économie aussi importante pourrait être réalisée par la désaffectation de l'hôpital de la Charité.

Logements insalubres. — Le Conseil municipal de Paris, dans sa séance du 26 juin, a renvoyé à l'administration une proposition de M. Bompard, relative à la nécessité d'une enquête, par l'inspection générale de l'assainissement de toute construction nouvelle, en ce qui concerne surtout les étages sous combles destinés au logement des ouvriers, employés et domestiques.

Mesures sanitaires. — *Turquie.* — Par décision du Conseil sanitaire international de Constantinople, toutes les provenances parties depuis le 19 juin du littoral méditerranéen avec ou sans passagers à destination de la Turquie, sont soumises à trois jours de quarantaine qui seront subis dans les lazarets de Beyrouth et Smyrne — Les mêmes provenances à destination de Tripoli (Afrique), sont soumises à cinq jours de quarantaine dans les ports.

Portugal. — Le port de Bordeaux précédemment déclaré contaminé de choléra, à dater du 1er juin, ne sera plus qualifié que de suspect depuis le 15 courant.

Ministère de la guerre. — *Engagés conditionnels d'un an.* — Cette année, on appliquera pour la dernière fois, l'article 91 de la loi du 15 juillet 1889, en admettant au bénéfice de l'assimilation aux engagés conditionnels d'un an, les ajournés de la classe 1891 qui, s'étant présentés à l'engagement conditionnel en 1889, ont été refusés pour inaptitude physique et que les conseils de revision déclareront propres cette année au service armé.

Les étudiants en médecine et en pharmacie seront, comme par le passé, admis à remplir pendant leur année de service, les fonctions dévolues aux médecins et pharmaciens auxiliaires.

Les sursis continuent à être accordés ou renouvelés, jusqu'à 24 ans accomplis, aux jeunes gens dans les conditions prévues par l'article 57 de la loi du 27 juillet 1872.

Assistance publique. — *Service des enfants moralement abandonnés.* — Un rapport général intéressant présenté au Conseil général de la Seine, par M. Rousselle, rapporteur sur ce service, est inséré dans le *Bulletin municipal officiel* du 13 et jours suivants. Au 31 décembre 1891, le nombre d'enfants entrés dans le service, était de 3.479.

— On vient d'établir à l'hôpital Laënnec, une buanderie centrale, qui permettra de remplacer, prochainement, les seize locaux où était lavé le linge des divers hôpitaux de Paris. Tout s'y fera mécaniquement et l'on pourra laver, nettoyer complètement, par jour, 8.000 kilogs de linge. Enfin on espère réaliser une économie de 400.000 francs par an. *Amen!*

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — Par arrêté du 16 juin, M. Caussade (Georges-Gabriel), chef du laboratoire de clinique chirurgicale de la Faculté de médecine de Paris (Pitié) est nommé à partir du 16 juin 1893, chef de laboratoire de clinique chirurgicale au laboratoire des cliniques de la dite Faculté (Hôtel-Dieu.)

— M. Pilliet, aide-préparateur des travaux pratiques d'histologie à la Faculté de médecine de Paris, est nommé à partir du 16 juin 1893, chef du laboratoire de clinique chirurgicale de ladite faculté (Pitié).

École de médecine de Marseille. — Par arrêté du 16 juin, M. Gerher, pharmacien de 1re classe, est nommé pour neuf années, suppléant des chaires de pharmacie et de matière médicale.

Corps de santé de la marine. — Par décret en date du 22 juin, M. Gayet Prudent-Joseph-Marie), médecin de 1re classe, a été nommé médecin principal. — M. Borius (Jules-Marie), médecin de 2e classe, a été nommé médecin de 1re classe.

Corps de santé des colonies. — Par décret en date du 20 juin, ont été nommés : *au grade de médecin de 1re classe*, MM. Lardy (Jules-Amédée) et Levrier (André-Henry), médecins de 2e classe; *au grade de médecin de 2e classe*, M. de Fayard (Charles-Louis-Armand-Maurice), docteur en médecine.

Missions scientifiques. — Par arrêté du 6 juin, M. le Dr S. Pozzi, chirurgien des hôpitaux, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, est chargé d'une mission scientifique aux Etats-Unis, particulièrement à Chicago, à l'effet d'étudier l'organisation et l'installation des laboratoires de chirurgie, les instruments en usage dans la pratique chirurgicale, ainsi que toutes les questions qui se rattachent à l'enseignement médical et chirurgical.

Missions scientifiques. — Par arrêté du 16 juin, M. le Dr Darier est chargé d'une mission scientifique en Allemagne, à l'effet d'y étudier la pratique et l'enseignement de l'ophthalmologie.

— Par arrêté du 17, M. le Dr Edmond Chaumier, de Tours, est chargé d'une mission scientifique en Italie, à l'effet d'y étudier les causes du rachitisme.

Médecins des lycées. — Par arrêté du 3 juin, M. le Dr Bréchot médecin adjoint au lycée Hoche, à Versailles, est nommé médecin dudit lycée et M. le Dr de Fourmestraux est nommé médecin-adjoint.

M. le Dr Barral est nommé médecin-adjoint du lycée de Nîmes.

Ecole des hautes études — Par arrêté du 5 juin, M. Nicolle (Maurice) docteur en médecine, ancien interne des hôpitaux, est nommé préparateur de microbie technique au laboratoire de chimie physiologique dirigé par M. Pasteur, en remplacement de M. Haffkine.

Chemin de fer d'Orléans (juin-septembre 1893). — *Excursions en Auvergne et dans le Limousin permettant de visiter Le Mont-Dore, La Bourboule, Royat, Clermont-Ferrand, Néris et Évaux-les-Bains, avec arrêt facultatif à toutes les gares du parcours.* — La Compagnie d'Orléans délivre du 1er juin au 30 septembre au départ de Paris, des billets d'excursion en Auvergne et dans le Limousin, valables pendant 30 jours, aux prix réduits ci-après : 1re classe : 98 francs. — 2e classe : 73 francs.

ITINÉRAIRE : Paris, Vierzon, Bourges, Montluçon, Chamblet-Néris (bains de Néris), Evaux (bains d'Evaux), Eygurande, Laqueuille (bains du Mont-Dore et de La Bourboule), Royat (bains de Royat), Clermont-Ferrand, Largnac, Ussel, Limoges (par Tulle, Brive et Saint-Yrieix, ou par Eymoutiers), Vierzon, Paris.

La durée de validité de ces billets (30 jours) peut être prolongée d'une, deux ou trois périodes successives de 10 jours, moyennant le paiement, pour chaque période, d'un supplément égal à 10 0/0 du prix du billet.

Il est délivré à toute station du réseau d'Orléans, pour une autre station du réseau située sur l'itinéraire des billets de voyages circulaires ci-dessus, ou inversement, des billets d'aller et retour de 1re et 2e classes, aux prix réduits du tarif G. V. n° 2.

Ces billets sont délivrés, soit au commencement du voyage pour aller rejoindre l'itinéraire du billet d'excursion dont ils forment le complément, et dont la demande doit être faite en même temps, soit au cours du voyage pour atteindre des points du réseau situés en dehors de l'itinéraire du billet d'excursion.

On délivre des billets à toutes les gares du réseau d'Orléans, pourvu que la demande en soit faite au moins trois jours à l'avance.

Avis essentiel. - Les prix ci-dessus ne comprennent pas le parcours de terre dans les services de correspondance avec le chemin de fer.

Les voyageurs obtiennent, sur leur demande, soit à la gare de départ, soit au bureau du correspondant de la Compagnie, à Laqueuille, des billets d'aller et retour réduits de 25 0/0 pour le Mont-Dore et la Bourboule.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU 18 AU 24 JUIN 1893

Fièvre typh., 10.—Typhus, 1.—Variole, 4.—Rougeole, 42.—Scarlatine, 4. — Coqueluche, 9.— Diphtérie, croup, 27.— Grippe, 0. — Affections cholériformes, 0. — Phtisie pulmonaire, 182. — Méningite tuberculeuse, 43. — Autres tuberculoses, 20. — Tumeurs cancéreuses et autres, 57. — Méningite, 38 — Congestion et hémorrhagie cérébrale, 36 — Paralysie, 12. — Ramollissement cérébral, 11. — Maladies organiques du cœur, 57. — Bronchite aiguë et chronique, 36. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 69. — Autres affections de l'appareil respiratoire, 20. — Gastro-entérite des enfants : sein, biberon et autres, 135. — Fièvre et péritonite puerpérales, 6. — Autres affections puerpérales, 0. — Débilité congénitale, 33. —Sénilité, 26. — Suicides, 24. — Autres morts violentes, 13. — Autres causes de mort, 162. — Causes inconnues, 6. — Total : 1069.

Le Rédacteur en chef et Gérant : F. DE RANSE.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame. — *Téléphone.*

64e Année. 8e Série. Tome II — N° 27 — 8 Juillet 1893

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Rédacteur en chef : **M. le Dr F. DE RANSE**
Comité de Rédaction : **MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN**
J. ARNOULD (de Lille), P. FABRE (de Commentry), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon)

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, avenue Montaigne (Rond-Point des Champs-Élysées)

PATHOLOGIE INTERNE

HOPITAL LARIBOISIÈRE. — SERVICE DE M. LE Dr RAYMOND.

UN CAS D'ENDOCARDITE VÉGÉTANTE A PNEUMOCOQUES,

Par M. Durante,
Interne du service.

Le 1er mai, entre à l'hôpital Lariboisière dans le service du Dr Raymond, la nommée C... (Honorine), cartonnière, âgée de 31 ans, se plaignant de fièvre avec dyspnée et point de côté remontant à plusieurs jours.

Les antécédents de la malade sont nuls au point de vue pathologique car elle a toujours joui d'une excellente santé.

Il y a huit à dix jours, elle est prise de courbature, d'un malaise général et indéterminé avec céphalalgie légère, puis la fièvre. Cet état persiste pendant les six, sept jours suivants, mais empire subitement trois jours avant son entrée à l'hôpital; la fièvre augmente considérablement, l'oppression, légère jusqu'ici, devient très forte, et il se développe un point de côté assez intense à droite dans la région axillaire.

Ces symptômes tendant à s'aggraver, elle se décide, le 1er mai, à entrer à Lariboisière.

C... (Honorine) est une femme très corpulente que des cheveux grisonnants vieillissent notablement. On remarque tout d'abord chez elle une teinte générale subictérique avec ictère léger de conjonctive ; la coloration jaune brunâtre de la peau est surtout accentuée au niveau du cou et des mains, mais sans présenter l'aspect d'une pigmentation due au hâle ; le reste du corps est d'un ton plus clair.

La malade est dans un état de dypsnée très intense, l'abattement est considérable, mais il n'y a pas de stupeur, et l'intelligence est absolument conservée.

Les lèvres sèches, fuligineuses; la langue rouge, fendillée, rôtie, témoignent d'un état infectieux grave.

A la percussion, on constate une submatité dans toute l'étendue du poumon droit, tandis qu'à gauche la sonorité est normale. Les vibrations thoraciques sont conservées sans être augmentées. A l'auscultation, on entend des râles muqueux nombreux à gauche; à droite, on trouve en arrière au niveau de la partie moyenne du poumon, une respiration rude n'allant pas, toutefois, jusqu'au souffle tubaire ; et dans tout le reste de l'organe, des râles muqueux petits et moyens comme dans une pneumonie à la période de résolution. Il n'y a pas d'égophonie ni d'un côté ni de l'autre, mais un peu de bronchophonie à droite en arrière au niveau du point où l'on entend la respiration rude.

Le cœur ne paraît ni dilaté, ni hypertrophié, ses battements sont forts, réguliers et l'on ne perçoit pas de souffle.

Il n'y a rien de spécial à signaler du côté de la cavité abdominale.

La température est, le soir de l'entrée, à 39°.

Le lendemain 2 mai, l'état général reste stationnaire ; le point de côté, la dyspnée sont toujours aussi intenses. A l'auscultation, on ne constate pas de changements dans les symptômes relevés la veille. Les crachats sont d'un blanc légèrement teinté de jaune, épais, visqueux, mais pas pneumoniques. Les urines peu abondantes sont hautes en couleur.

La température reste élevée à 38°,5 le matin et 38°,9 le soir.

Le 3 mai, il n'y a pas de rémission matinale, le thermomètre marquant toujours 38°,9. La dyspnée paraît avoir augmenté. Le pouls est plus petit, plus faible, mais régulier.

La malade est plongée dans une adynamie profonde, ne répondant qu'avec peine aux questions qu'on lui pose, l'état général infectieux est à son maximum.

Le soir, la température n'est cependant qu'à 39°,5.

La mort survient le même soir à 7 heures, précédée par une stupeur de plus en plus accentuée.

L'Autopsie est pratiquée le 5 mai, quarante-huit heures après la mort. Malgré une température très élevée, le cadavre paraît extérieurement assez bien conservé ; il y a des ecchymoses dans les parties déclives, mais pas de taches de putréfaction.

A l'ouverture du thorax, on trouve dans le cul-de-sac antérieur de la *plèvre droite* un pus d'un jaune verdâtre, rempli de fausses membranes, très lié, très visqueux, très consistant, adhérent à la séreuse, recouvrant d'une lame purulente peu épaisse toute la portion antérieure du poumon. En arrière, la plèvre est vide et paraît saine.

Le *poumon droit* est fortement congestionné, mais il n'y a pas de pneumonie, pas de foyer d'hépatisation franche; le parenchyme, d'un rouge foncé, contient surtout de l'air et lorsqu'on en comprime une coupe, il en sort en abondance du sang et du mucus aéré.

Le *poumon gauche* ne présente qu'une congestion uniforme beaucoup plus légère que celle du côté droit. La *plèvre* gauche est saine.

Il n'y a pas de tubercules visibles dans les sommets, ni dans le reste du parenchyme pulmonaire.

Le *péricarde* contient un peu de liquide citrin, mais peu abondant et sans fausses membranes. Au niveau de la base du cœur, le feuillet viscéral est soulevé par des gaz constituant un emphysème localisé que l'on peut faire circuler par pression le long des vaisseaux coronaires, et qui sont dus, probablement, à un commencement de putréfaction.

A l'ouverture du *cœur* on aperçoit sur les *valvules aortiques* des *végétations en choux-fleurs* rouges, irrégulières, dont les unes sont grosses comme une tête d'épingle et les autres atteignent les dimensions d'un pois. Ces végétations siègent au niveau du bord libre des valvules, à sa partie moyenne et ont pris naissance sur les nodules d'Arantius.

La *valvule mitrale* découverte ensuite, présente des végétations identiques, peut-être un peu plus volumineuses. Ces végétations se sont développées au niveau du bord libre des valvules, au point d'insertion des piliers.

La naissance de l'aorte et tout l'endocarde sont vascularisés et colorés d'une teinte rouge foncée qui ne disparait pas sous un filet d'eau, ni par frottement.

Le *foie* volumineux, mou, à surface lisse, de couleur pâle, présente quelques taches ecchymotiques sous la capsule. La vésicule biliaire normale ne contient pas de calculs.

Les *reins* qui se décortiquent facilement sont congestionnés tant dans leur substance corticale que dans leur substance médullaire.

La *rate* est molle, diffluente, mais pas très volumineuse.

Il n'y a rien de spécial à noter sur la cavité abdominale et le tube digestif.

On prélève avec une pipette Pasteur stérilisée du pus de la plèvre droite.

L'aorte ayant été incisée seule d'abord, après la constatation de végétations on découvre aseptiquement l'orifice mitral avec des instruments flambés après cautérisation de toutes les portions primitivement mises à jour et l'on en détache, avec des pinces stérilisées à nouveau, un fragment des végétations que l'on dépose dans un tube de bouillon.

Un autre tube de bouillon est ensemencé directement avec le pus pleural.

Examen histologique. — L'examen histologique a porté sur l'aorte au niveau des valvules sigmoïdes, la mitrale, le myocarde et la pointe du cœur, sur le poumon, le foie et le rein, après conservation et durcissement dans l'alcool afin de pouvoir y colorer les microbes.

L'*aorte*, à sa naissance, présente des parois saines; il n'y a pas d'infiltration embryonnaire ni d'épaississement; l'endothélium est tombé, mais la couche sous-endothéliale est normale sauf, par places, un peu de gonflement des cellules qui la composent recouvertes d'une mince couche de fibrine granuleuse.

Les *valvules sigmoïdes* sur leur face regardant la paroi du vaisseau ne présentent aussi comme seule lésion histologique, que la perte de leur endothélium remplacé par un léger revêtement fibrineux. Sur leur paroi faisant face au courant sanguin l'endoth'lium est aussi tombé et à sa place sont venues s'insérer les *végétations* dont nous avons parlé plus haut et qui sont composées de fibrine s'organisant et se colorant en rose par le picro-carmin. Il n'y a pas d'infiltration de jeunes cellules dans la tunique des valvules et l'on ne retrouve qui de rares cellules rondes dans l'épaisseur des végétations. Au fond des anfractuosités dessinées par la surface irrégulière de la végétation et sur toute sa périphérie s'est déposée une couche de fibrine d'épaisseur variable, se teintant en jaune par la picro-carmin.

La recherche des microbes dans les coupes en décèle en abondance, qui se colorent facilement et vivement. On en rencontre un petit nombre au niveau du péricarde recouvrant l'aorte; tout le long de la face interne du vaisseau et de la portion correspondante de la valvule ils se montrent en plus grand nombre dans la couche de fibrine superficielle; mais c'est au niveau de la végétation qu'ils existent en plus grande quantité remplissant les dépressions et tapissant toute la surface où ils sont retenus par une couche de fibrine. On ne peut en colorer aucun ni dans la tunique de l'aorte ni dans la paroi valvulaire, ni enfin dans l'épaisseur des végétations où ils n'occupent que la surface et les anfractuosités qui en dépendent

Ces microbes résistent à la décoloration par le procédé de Gram et affectent deux types morphologiques différents. Les uns sont des diplocoques ovoïdes ou lancéolés, disposés par deux ou par quatre, présentant parfois une capsule visible; les autres un peu plus gros que les précédents sont plus nettement des bâtonnets de longueur variant depuis celle de deux cocci unis bout à bout jusqu'à celle d'un bacille de la tuberculose mais beaucoup plus épais. Ils sont du reste mêlés les uns aux autres et il est rare que l'on trouve de points ne renfermant qu'une seule espèce.

La *valvule mitrale* est saine dans sa partie moyenne. Comme les sigmoïdes elle a perdu son revêtement endothélial qui est remplacé par une couche de fibrine mais moins régulièrement disposée.

Les *végétations* y présentent la même structure que celle de l'aorte et, comme plus haut, nous n'avons pas constaté d'infiltration embryonnaire.

Les microbes affectent la même disposition à la surface et dans les anfractuosités des végétations et ne pénètrent pas non plus ni dans l'épaisseur de celle-ci ni dans les parois de la valvule. On y retrouve encore les deux ordres de microbes décrits plus haut.

Le *myocarde* est normal. Les fibres musculaires et leurs noyaux se colorent bien. Il n'y a pas de tendance à la désagrégation des cellules musculaires. L'endocarde est sain dans les points où il est conservé sur les coupes, les vaisseaux ne présentent pas d'altérations. Nous avons cependant réussi à colorer quelques microbes dans le péricarde un peu épaissi et dans quelques veines intramusculaires.

Le *poumon* est relativement peu malade; les lésions surtout congestives étaient beaucoup plus apparentes macroscopiquement qu'à l'examen histologique. Les altérations sont du reste très irrégulièrement réparties et sur une même coupe les différents lobules sont atteints à des degrés très divers; mais l'étude en est rendue difficile par le fait que ces tissus prennent très mal les matières colorantes, le picrocarmin et l'hématoxyline donnant lieu à une teinte générale sans élection nucléaire.

Le tissu interstitiel est un peu épaissi avec dilatation des capillaires, mais sans beaucoup de cellules rondes. — Les

artères et les veines ne présentent plus d'endothélium et sont parfois obstruées par des caillots sanguins.—Les bronches ont perdu leur revêtement épithélial qui, tombé dans la lumière, forme parfois un bouchon constitué en partie par des cellules dégénérées ne se colorant plus, en partie par de la fibrine ou du mucus.

Ces lésions de bronchite se retrouvent dans toute l'étendue du poumon ; mais dès que l'on étudie les bronches intralobulaires et les alvéoles, les altérations varient énormément d'un lobule à l'autre.

Par places les bronchioles terminales et les acinis sont absolument vides, ne contenant ni fibrine, ni cellules dégénérées, et quelques alvéoles, même, sont dilatés comme par suite d'un emphysème vicariant. A côté, soit dans le même lobule, soit dans un lobule voisin, acini et bronchioles présentent dans leur intérieur des cellules détachées en plus ou moins grand nombre ; ailleurs, enfin, toutes ces petites cavités sont remplies de cellules épithéliales, de cellules rondes et de fibrine granuleuse, mais il est rare que cette lésion s'étende à plus d'un lobule.

Il s'agit donc d'une bronchopneumonie dont les altérations à tous les degrés sont très irrégulièrement réparties.

Dans les poumons nous avons rencontré les mêmes microbes que dans le cœur, mais leur disposition est aussi variable que celle des lésions histologiques.

Dans les points où les acinis sont pleins de cellules et de fibrine on trouve surtout des diplocoques disséminés dans tout le lobule comme dans une pneumonie.

Là où la lésion est moins avancée et en particulier dans les départements atteints d'emphysème, les microbes font absolument défaut à l'intérieur des cavités respiratoires, les bronchioles elles-mêmes n'en contiennent pas à leur surface. Par contre on en rencontre constamment dans les bronches sus-lobaires et moyennes dont ils tapissent la face interne. Les vaisseaux en renferment aussi un grand nombre formant soit une traînée le long de la paroi, soit une véritable embolie microbienne. Enfin souvent on peut en apercevoir dans des capillaires qu'ils dessinent comme une injection violette.

Ainsi que le poumon le *foie* se colore très mal même après un séjour de vingt-quatre heures dans un bain de picro-carmin concentré. Les espaces portes sont normaux ; les veines sus-hépatiques ne sont pas épaissies et ne présentent pas d'endophlébite. Les cellules hépatiques prennent une teinte flou sans élection nucléaire.

Dans toutes les portions moyennes et périphériques des lobules il est difficile de différencier les travées et les cellules les unes des autres. Le centre des lobules se distingue, par contre, très aisément et présente un aspect très différent car les cellules y sont remplies de grosses granulations biliaires et sont séparées par des capillaires sanguins dilatés qui les écartent les unes des autres et les rendent plus nettes ; mais leur noyau ne se colore pas mieux qu'ailleurs.

Ici encore nous avons retrouvé les mêmes microbes que dans le cœur et le poumon. Ils font absolument défaut dans les espaces portes et dans la plus grande partie des lobules mais existent constamment dans les veines sus-hépatiques et dans les portions avoisinantes des capillaires radiés qu'ils dessinent en s'infiltrant entre les rangées de cellules jusqu'au tiers du lobule environ.

Les *reins* sont atteints d'une néphrite aiguë. Les glomérules présentent une augmentation notable des noyaux. L'épithélium des tubes contournés, des anses de Henle, est gonflé, desquamé, désagrégé par places, et l'on retrouve de nombreux cylindres granuleux et hyalins.

Il y a une congestion vasculaire notable intéressant surtout les veines qui sont pleines de sang et particulièrement accentuée dans la substance corticale où l'on trouve de petites hémorrhagies dissociant le tubuli du labyrinthe.

Le tissu cellulaire interstitiel présente une infiltration irrégulière de petites cellules rondes, surtout marquée dans l'écorce et autour des vaisseaux.

Les microbes que nous avons rencontrés encore en abondance ne siègent ici que dans les vaisseaux. Ils sont rares dans les capillaires des glomérules mais forment des embolies vasculaires et se retrouvent au milieu des globules rouges dans les foyers hémorrhagiques. Nous n'avons pas réussi à en colorer dans les cellules parenchymateuses ni dans la lumière des conduits excréteurs.

Examen bactériologique. — Voici maintenant les résultats obtenus par les cultures :

Les tubes de bouillon ensemencés avec du pus pleural et avec une végétation de la mitrale mis à l'étuve à 37° ont donné une culture se présentant sous l'aspect d'un précipité grenu blanchâtre très fin, le bouillon troublé ne s'éclaircissant pas par le repos.

Ces tubes ont été repiqués : 1° sur des tubes de gélose, 2° sur des tubes de gélatine. Les résultats ont été les mêmes pour les cultures provenant du pus pus plural et pour celles provenant de la végétation mitrale.

1° Les tubes d'agar-agar mis à l'étuve à 37° ont donné deux ordres de cultures que nous avons pu isoler :

a) Les unes étaient constituées par de petites colonies arrondies, très transparentes, très peu élevées, presque imperceptibles vue de face et que l'on ne pouvait bien examiner qu'à jour frisant.

Inoculées à la racine de la queue d'une souris, l'animal est mort en trente-six heures et nous avons reproduit une culture pure identique en semant son sang sur un tube de gélose maintenu à 37°.

Ces colonies étaient constituées par un diplocoque se colorant par la méthode de Gram et que nous avons retrouvé dans le sang de la souris. Il s'agit donc bien du *diplocoque de Talamon-Fraenkel.*

b) Les autres cultures étaient formées par des colonies très apparentes, se montrant d'abord sous forme de taches arrondies d'un blanc jaunâtre, plus foncées et plus élevées au centre, puis s'unissant les unes aux autres pour former une plaque à bords circinés ne liquéfiant pas la gélose. Ces colonies ne se développaient qu'en surface, les inoculations par piqûre ne donnaient rien dans la profondeur.

Les lamelles ont montré qu'elles étaient constituées par un microbe polymorphe se colorant fortement par le Gram et se présentant tantôt sous forme de courts bâtonnets, de cocci très ovoïdes, tantôt sous forme de bâtonnets beaucoup plus allongés, 3 ou 4 fois plus longs que les précédents. Parfois enfin ces éléments s'unissent bout à bout pour former des chaînes constituées par 3, 4 et 5 articles.

2° Les cultures sur gélatine laissées à 18°, n'ont poussé que très lentement. Il s'est développé, en surface seulement, des colonies ne liquifiant pas le milieu, analogues aux cul-

tures sur gélose mais plus blanches et constituées par les mêmes bâtonnets.

3° Des cultures anaérobies faites avec les premiers bouillons de pus et de végétation n'ont donné aucun résultat.

Il s'agit donc ici d'une affection due à deux microbes différents. L'un est le diplocoque de Talamon-Fraenkel, mais nous n'avons pas pu déterminer exactement le second.

Il ne s'agit pas ici du pneumocoque de Friedlænder qui est un coccus et qui ne se colore pas par la méthode de Gram.

La présence de gaz sous le péricarde et la presque impossibilité de colorer les coupes, particulièrement celles du poumon et du foie, pourraient faire penser à une bactérie de la putréfaction, mais nous ne le croyons pas car on ne rencontrerait pas le microbe mêlé partout au pneumocoque et limité uniquement au système circulatoire où il injecte en quelque sorte les capillaires en respectant les lymphatiques et les tissus avoisinants.

(Du reste cette difficulté de colorer les organes est souvent due à l'action de toxines microbiennes, elle se montre surtout dans les infections et, pour ce qui est du foie, dont les 2/3 périphériques des lobules ont subi cette dégénérescence, elle explique en partie la teinte subictérique observée chez notre malade.)

Le fait que ce microbe se trouve dans le foie exclusivement au niveau des veines sushépatiques et que dans le rein il n'a pas transsudé dans les canaux excréteurs, indiquerait tout au plus que la généralisation ne s'est peut-être produite que tardivement et peu avant la mort.

Au point de vue de l'aspect des cultures, il se rapproche surtout du bacterium coli, que Lion a déjà décrit comme un agent de l'endocardite, d'autant plus que ses cultures dans le bouillon donnent, par l'acide sulfurique, une teinte rose indiquant une faible réaction d'indol, mais il en diffère par sa résistance à la décoloration au moyen du liquide de Gram, tandis que la bactérie d'Escherich ne supporte pas même la décoloration par l'alcool.

Notons en outre que dans cette observation le diplocoque Talamon-Fraenkel n'a pas déterminé la pneumonie franche mais une bronchopneumonie seulement.

Quant à l'endocardite végétante et à l'infection générale qui en a été la conséquence, il est possible qu'elles aient été favorisées par la coexistence de la bactérie, car le pneumocoque ne détermine chez l'homme que des affections localisées. Il est exceptionnel d'observer une septicémie par le diplocoque et le sang des pneumoniques est toujours stérile. Il n'existe qu'un très petit nombre d'observations où l'on soit arrivé à trouver des pneumocoques dans le sang des pneumoniques, qui, généralement, est toujours stérile.

PATHOLOGIE MÉDICALE

ÉTUDE SUR LE BRIGHTISME. BRIGHTISME GOUTTEUX; SYPHILO-BRIGHTISME; CHLORO-BRIGHTISME (1).

Par M. DIEULAFOY.

I

La communication que j'ai eu l'honneur de faire à l'Académie, au sujet des néphrites chroniques, peut se résumer en quelques mots : elle a en pour but principal de bien mettre en relief la *dissociation possible des actes morbides du rein.*

Souvent, il est vrai, l'albuminurie et l'insuffisance de la dépuration urinaire apparaissent en même temps, et sont des actes connexes des altérations rénales. Mais dans d'autres circonstances, plus nombreuses qu'on ne le croirait tout d'abord, ces deux actes morbides, albuminurie et symptômes brightiques, sont dissociés et peuvent rester longtemps dissociés.

Cette dissociation présente des modalités diverses : On peut être brightique et rester brightique pendant longtemps avant d'être albuminurique ; par contre, on peut être albuminurique et rester albuminurique pendant des années avant d'être brightique. Au nombre des faits qui rentrent dans cette dernière catégorie, je n'en connais pas de plus intéressants que ceux qui viennent d'être rapportés à la Société clinique de Londres, par Hawkins ; l'un de ces faits concerne un homme robuste, âgé de 49 ans, et fortement albuminurique depuis vingt-cinq ans, l'autre concerne un médecin, qui est resté albuminurique pendant quarante-trois ans, alors que l'illustre Bright, qu'il avait consulté plus de trente ans avant, lui avait prédit une mort inévitable à bref délai.

Un albuminurique, son albumine eût elle pour origine la goutte, la syphilis, la scarlatine, etc., n'a rien à craindre tant que sa dépuration urinaire est suffisante, c'est-à-dire tant que son albuminurie n'est accompagnée ni des petits accidents du brightisme, ni d'un abaissement de la toxicité urinaire. Je dis qu'il n'a rien à craindre, à la condition toutefois qu'il suive un certain régime, et qu'il évite dans la mesure du possible, les états infectieux, la grippe, la grossesse, les refroidissements, toutes causes qui peuvent transformer en une période aiguë, parfois terrible, une néphrite presque latente dont l'albumine était le seul témoin.

D'autre part, un brightique, n'eût-il que les petits accidents du brightisme, n'eût-il pas trace d'albumine dans les urines, doit être continuellement en éveil, car sa dépuration urinaire est insuffisante, il doit se surveiller et se soigner, car les petits accidents de la veille peuvent devenir les grands accidents du lendemain.

Telles sont les notions générales qui ressortent de l'examen des faits: appliquons maintenant ces notions générales aux cas particuliers et voyons comment se font les associations du brightisme avec la goutte, avec la syphilis, avec la chlorose.

II

Le brightisme goutteux, c'est-à-dire les rapports de la maladie de Bright et de la diathèse goutteuse doivent d'abord nous occuper :

La diathèse goutteuse est la seule diathèse qui soit encore debout ; mais elle est solide, elle ne se laissera pas entamer. Quelles que soient les théories et les tendances qui cherchent à expliquer la pathogénie de cette diathèse goutteuse, la clinique est là, qui la maintient dans son intégrité, telle que nous l'ont léguée les grands cliniciens, nos devanciers. Rien n'a ébranlé les admirables descriptions de mon illustre maître Trousseau.

Cette diathèse goutteuse, je n'ai pas à l'étudier ici dans

(1) Académie de médecine, 20 juin 1893.

ses manifestations multiples, je dois seulement la considérer dans ses rapports avec le rein.

Chez le goutteux, on chez l'individu issu de souche goutteuse, la goutte se manifeste aux reins sous différentes formes, dont les principales sont la gravelle du rein et la néphrite. Gravelle rénale et néphrite goutteuse ont été l'objet de travaux considérables et sont bien connues.

Souvent la série morbide commence par la gravelle et continue par la néphrite; on a d'abord des coliques néphrétiques, de la lithiase rénale, et plus tard, parfois beaucoup plus tard, surviennent des lésions de néphrite, habituellement à prédominance interstitielle.

Dans d'autres cas, la néphrite goutteuse s'installe insidieusement sans avoir été précédée par les symptômes bruyants des coliques néphrétiques, la formation et l'élimination de la lithiase urique se font silencieusement, mais elles n'en préparent pas moins l'évolution des lésions scléreuses du rein.

Le goutteux a donc ses reins assez exposés, et si des accès de colique néphrétique, grâce à l'expulsion des matériaux uriques par les urines, peuvent, dans quelques cas, suivant M. Lecorché, mettre le malade à l'abri d'accès de goutte articulaire, le revers de la médaille c'est la perspective possible de la néphrite avec toutes ses conséquences.

A ces notions, je n'ai rien à ajouter; les rapports de la goutte et du rein sont connus dans leurs grandes lignes; néanmoins, je demande à insister sur quelques détails qui ne me paraissent pas avoir été suffisamment mis en relief.

Il faut d'abord nettement préciser la valeur pronostique de l'albuminurie goutteuse : un goutteux, atteint de goutte articulaire franche, peut être albuminurique et rester pendant des années albuminurique sans être atteint des accidents brightiques. J'ai connaissance de goutteux qui ont depuis trois ans, depuis cinq ans, depuis dix ans, des quantités notables d'albumine et qui n'ont même pas été effleurés par les petits accidents du brightisme. J'ai souvent causé, à l'hôpital Necker, avec un médecin qui suivait ma visite et qui, fort goutteux, avait depuis sept ans, de fortes quantités d'albumine dans l'urine sans avoir jamais éprouvé le moindre symptôme brightique. J'ai vu, la semaine dernière, un homme, jeune encore, sujet à des attaques de goutte articulaire aiguë, et, ayant à sa connaissance, depuis trois ans, des urines très albumineuses; ses urines contiennent actuellement près de 2 grammes d'albumine par litre; mais leur toxicité que j'ai expérimentée, samedi dernier, est absolument normale, et ce goutteux, que j'ai minutieusement interrogé, n'a pas le moindre signe de brightisme. Il y a donc une albuminurie goutteuse, une sorte de diabète albumineux goutteux, qui peut durer des années sans conduire au brightisme. Ces notions sont vraiment importantes à connaître.

Par contre, on voit des goutteux qui ne sont pas albuminuriques et chez lesquels la lésion rénale décèle sa présence par les petits accidents du brightisme ou par les symptômes du mal de Bright confirmé. Certains de ces malades viennent nous consulter pour des troubles dyspeptiques avec ou sans vomissements, pour des maux de tête qu'ils qualifient de migraine, pour des oppressions continues ou paroxystiques qu'ils considèrent comme de l'asthme. Et comme les goutteux sont, en effet, souvent, des dyspeptiques, des migraineux, des asthmatiques, on se laisse aller trop facilement à épouser leur diagnostic et à mettre sur le compte de la diathèse goutteuse les accidents dont ils se plaignent.

Mais en y regardant de plus près, on voit que ces symptômes ne sont en réalité ni de l'asthme vrai, ni de la vraie migraine; ce sont des symptômes brightiques; les urines peuvent ne pas être albumineuses, peu importe, le goutteux en question n'en est pas moins un brightique; qu'on l'interroge avec soin et on reconnaîtra chez lui les petits accidents du brightisme, pollakiurie, cryesthésie, doigt mort, crampes des mollets, secousses électriques, vertiges, etc.; élévation de la tension artérielle, bruit de galop cardiaque : qu'on expérimente la toxicité des urines et on la trouvera diminuée.

Cette analyse des faits prouve donc que dans la diathèse goutteuse, comme dans les maladies infectieuses, les actes morbides du rein peuvent être dissociés; d'une part, l'albuminurie peut faire défaut et néanmoins la maladie de Bright, chez le goutteux, peut être dépistée grâce aux petits accidents du brightisme; d'autre part l'albuminurie peut exister seule et elle n'acquiert d'importance pronostique que par l'adjonction des signes de l'insuffisance de la dépuration urinaire.

Ces considérations sont fort utiles quand il s'agit de diriger le traitement du goutteux. Son rein est-il altéré, l'albuminurie est-elle le seul témoin de la lésion, les accidents brightiques sont-ils imminents? Voilà autant de questions auxquelles nous sommes actuellement en état de répondre.

III

Occupons-nous maintenant des rapports du brightisme et de l'albuminurie avec les maladies infectieuses en général et avec la syphilis en particulier. Prenons d'abord pour exemple la scarlatine, cette source si fréquente de néphrite; ici encore nous trouvons la *dissociation des actes morbides du rein;* d'une part l'albuminurie, pouvant durer des années sans adjonction d'aucun autre symptôme, et, d'autre part, des symptômes de brightisme avec ou sans adjonction d'albuminurie.

Je vois depuis longtemps un jeune homme, le fils d'un proviseur d'un lycée de Paris, qui depuis bien des années a une albuminurie scarlatineuse sans aucune adjonction de brightisme; je l'ai soumis au régime lacté et je dirai en passant, que le régime lacté si merveilleux contre les accidents brightiques, grands ou petits, a moins de prise sur le symptôme albuminurie. Je donne mes soins à un enfant de 10 ans qui a gardé de sa scarlatine une albuminurie abondante qui dure depuis plusieurs années; le teint est pâle, les paupières parfois bouffies, mais aucun symptôme brightique n'est apparu. J'ai vu une dame, avec un de mes honorables confrères d'Amiens, qui a eu une néphrite scarlatineuse il y a sept ans; l'albumine qui fut constatée à cette époque disparaît par intervalle, puis elle reparaît, et jamais jusqu'ici cette albuminurie n'a été compliquée de symptômes brightiques.

En opposition avec ces observations, j'en peux citer deux autres concernant, l'une une femme de 25 ans, l'autre un garçon de 17 ans, ayant eu l'un et l'autre une néphrite scarlatineuse avec albuminurie, et chez lesquels les symptômes brightiques ont apparu bien que l'albuminurie ait disparu depuis quelque temps.

Cette dissociation des actes morbides du rein existe, j'en suis convaincu, pour toutes les néphrites infectieuses :

Le Dr Caussade mon ancien interne, me racontait, il y a peu de jours encore, l'observation d'un médecin de la marine, atteint de néphrite pneumonique il y a cinq ans. Pendant ces cinq années, l'albuminurie a été le seul témoin de cette néphrite, les petits accidents du brightisme commencent actuellement à évoluer.

La syphilis présente, elle aussi, des modalités analogues. Il n'est pas rare de trouver, pendant la première et la deuxième année de l'infection des urines albumineuses, sans adjonction d'aucun symptôme brightique. Mais ce qui n'est pas rare également c'est de voir des syphilitiques, aux premières années de l'infection, atteints des petits accidents du brightisme, à tel point que, dans quelques cas, c'est ce *syphilo-brightisme* qui domine la situation. Je peux citer à ce sujet l'observation d'un malade de mon service, présentant presque toute la série des petits accidents du brightisme, cryesthésie, pollakiurie, vertiges, démangeaisons, crampes très douloureuses dans les mollets, présentant également un gramme d'albumine dans ses urines. Brightisme et albuminurie ont cédé complètement au régime mercuriel et ioduré associé au régime lacté, la guérison de ce syphilo-brightisme ne s'étant pas démentie depuis deux ans.

Je sais bien qu'en fait de syphilo-brightisme, les succès ne sont pas constants. M. Fournier, qui a sur ce sujet une si vaste expérience, et auprès de qui je cherchais ces jours derniers quelques conseils sur la question qui nous occupe, M. Fournier m'a dit qu'à l'encontre de ce qu'on pourrait supposer, les lésions syphilitiques tertiaires du rein sont parfois rebelles au traitement le mieux continu. Telle est également mon opinion. C'est une raison de plus pour nous familiariser avec la recherche des petits accidents du brightisme, puisque, telle néphrite syphitique, qui à un moment donné peut évoluer sans albuminurie, qui, en tous cas, peut encore n'en être qu'à la phase des petits accidents, sera bien plus facilement curable, si elle est prise à ses débuts, que si la lésion syphilitique a provoqué dans le rein des lésions irrémédiables.

(*A suivre*).

REVUE DES JOURNAUX

LE CHOLÉRA ASIATIQUE EST UN EMPOISONNEMENT PAR DES NITRITES QU'ENGENDRENT (1) LES BACILLES DU CHOLÉRA, par le professeur EMMERICH et J. TSUBOI. (*Münchener medicin. Wochenschrift*, 1893, n° 25, p. 473 et n° 26, p. 308.

(Suite) (2).

La réponse à cette question est fournie par les résultats de certaines recherches de Petri. Il résulte de ces recherches qu'aucune espèce bactérienne connue, à l'exception du proteus mirabilis, n'égale le bacille virgule, eu égard à l'aptitude à fabriquer des nitrites aux dépens des nitrates. Or, ceux-ci se rencontrent en proportions trop faibles, dans l'intestin de l'homme, pour que les espèces bactériennes autres que le bacille virgule puissent, dans ces conditions, faire naître un empoisonnement grave par les nitrites.

D'autre part, les bacilles du choléra ont la propriété de fabriquer des acides (acide lactique) aux dépens des hydrocarbures.

Or, il semble d'après les deux auteurs, que ces diverses propriétés doivent se trouver réunies chez une espèce bactérienne, pour que celle-ci soit apte à engendrer chez l'homme un empoisonnement par les nitrites. Il suffit que l'une de ces propriétés fasse défaut pour que l'empoisonnement en question cesse de se produire.

Pour ce qui concerne notamment la production d'acide lactique aux dépens des hydrocarbures, effectués par les bacilles du choléra, son importance réside dans ce fait, que dans l'intestin, l'acide lactique déplace l'acide nitreux de ses combinaisons salines, cet acide agissant avec une activité plus grande que ses sels, en tant que toxique. On ne s'expliquait pas jusqu'ici pourquoi dans les cas de choléra asiatique, les altérations intestinales: nécrose de l'épithélium, injection vasculaire, tuméfaction des follicules solitaires et des plaques de Peyer, etc., atteignent leur maximum d'intensité dans la dernière portion de l'intestin grêle et dans la partie supérieure du gros intestin. Ce fait serait maintenant facile à expliquer, d'après les deux auteurs. La cause en serait une mise en liberté plus considérable d'acide nitreux dans les portions susdites de l'intestin.

Le suc pancréatique alcalin se déverse dans le duodénum. Or, plus la réaction alcaline du contenu de l'intestin est prononcée, plus les bacilles du choléra se multiplient facilement, mais plus aussi les cellules vivantes des tissus ont de difficulté à mettre de l'acide nitreux en liberté. Dans les portions plus profondes de l'intestin, les bacilles virgules fabriquent, indépendamment des nitrites, de grandes quantités d'acides (lactique et autres), cela aux dépens des hydrocarbures introduits avec les aliments. Par suite, l'alcalinité du contenu de l'estomac ira en diminuant, et la décomposition des nitrites avec mise en liberté de l'acide nitreux deviendra de plus en plus facile. S'il arrive que le contenu du cæcum devienne acide, ainsi que cela a été constaté par R. Koch, sur des cobayes, l'empoisonnement cholérique revêtira une acuité exceptionnelle.

Une question incidente, traitée par les deux auteurs, est relative au point de savoir si l'intestin de l'homme renferme suffisamment de nitrates pour que les bacilles virgules puissent en tirer la quantité de nitrites nécessaires au développement d'une intoxication mortelle? Voici sur quelles raisons s'appuient les deux auteurs, pour répondre à cette question par l'affirmative.

On sait depuis longtemps déjà que l'eau, servant comme boisson, contient souvent des quantités considérables de nitrates, aussi bien dans les villes que dans les campagnes. C'est ainsi que l'eau de la canalisation de Pesth renferme la valeur de 1 gr. 3 d'acide nitrique, et qu'à Gibraltar, l'eau de la ville basse renferme jusqu'à 3 gr. 2 de nitrate de chaux, plus 0 gr. 4 de nitrate de magnésie, par litre. De plus, ces eaux nitrées renferme habituellement des traces appréciables d'acide nitreux. Pour qui se rallie à la théorie de MM. Emmerich et Tsuboi, l'usage alimentaire d'une telle eau doit fortement prédisposer au choléra.

Mais indépendamment de l'eau utilisée pour les usages alimentaires, il est beaucoup d'aliments, riches en nitrates,

(1) Dans le précédent article, au lieu de *qui engendrent* il faut lire : *qu'engendrent*.

(2) Voir le numéro précédent.

tels la salade et les légumes en général. Ainsi, d'après les analyses de Sutter et Alwens, voici la teneur en acide nitrique de la substance sèche des légumes suivants :

Betteraves rouges	1,92 0/0
Navets	1,89 »
Betteraves blanches	1,67 »
Laitue pommée	1,62 »
Choux navet	1,18 »
Choux-fleurs	1,18 »

Ces proportions varient d'ailleurs beaucoup suivant la nature du sol, le fumage, les circonstances météréologiques. Pour les betteraves rouges, par exemple, elle peut s'élever jusqu'à 3,5. Les pommes de terre également renferment des nitrates, mais en moindres quantités.

On a appelé le choléra asiatique une maladie des prolétaires. D'après les deux auteurs, la raison pour laquelle le choléra frappe de préférence les classes indigentes serait l'usage prépondérant que font celles-ci d'une alimentation végétale riche en nitrates. D'ailleurs, on est généralement d'accord pour attribuer à l'alimentation la première place parmi les influences qui prédisposent au choléra asiatique. Il est intéressant aussi de constater que depuis un temps immémorial les médecins proscrivaient, en temps de choléra, l'usage de la salade, des légumes, etc.

Les deux auteurs annoncent qu'ils exposeront dans un travail spécial les déductions thérapeutiques et prophylactiques qu'ils croient devoir tirer de leur nouvelle théorie de l'empoisonnement cholérique. Dès maintenant, ils croient devoir attirer l'attention sur la nécessité de fournir une eau dépourvue de nitrates, aux localités menacées par le choléra, et d'assurer aux classes pauvres de ces mêmes localités une quantité suffisante d'aliments carnés. Chez les sujets atteints du choléra, le médecin devra prescrire la diète absolue, qui a surtout pour avantage d'éviter la pénétration de l'air dans l'intestin et de s'opposer ainsi à la pullulation du bacille virgule. De toutes façons il devra veiller à ce qu'on ne donne aux cholériques aucun aliment riche en nitrates. Il devra ordonner comme boisson, de l'eau saturée d'acide carbonique.

Les deux auteurs ont insisté ensuite sur l'analogie qui existe entre la symptomatologie du choléra et la symptomatologie de l'empoisonnement arsenical. Or, entre ce dernier et l'empoisonnement par les nitrites il existe de nombreux traits de ressemblance, ainsi que l'ont fait ressortir Binz, Lœw, et d'autres toxicologues.

Comme autre preuve de l'intervention des nitrites dans l'empoisonnement cholérique, les deux auteurs citent l'expérience suivante : on introduit dans l'estomac d'un cobaye adulte 5 cc. d'une solution sodique à 5 p. 100, et une demi-heure plus tard 30 milligr. de nitrite de sodium dissous dans 2 cc. d'eau, puis au bout de quatre heures 1 à 2 cc. d'une solution sodique et 30 milligr. de nitrite de sodium, enfin au bout d'un nouveau délai d'une heure, une nouvelle dose de 30 milligr. de nitrite. Quatre heures après, on trouve l'animal dans le même état que si on lui avait communiqué le choléra suivant le procédé bien connu de Koch.

D'autre part en introduisant dans l'estomac d'un cobaye, à la fois une culture du bacille virgule et des nitrates, en même temps que des aliments hydrocarburés tels que le sucre, susceptibles de se transformer en produits acides, on réussit à communiquer aux animaux, un état pathologique qui ressemble à une attaque de choléra à évolution extrêmement rapide et à gravité exceptionnelle.

Enfin des expériences comparatives ont été faites par les deux auteurs, d'une part avec une culture du bacille virgule, provenant de Massouah, douée au plus haut degré de la propriété de fabriquer des nitrites, d'autre part avec une culture de ce même bacille, provenant de Hambourg, et douée à un degré beaucoup plus faible de la propriété sus-dite. Or la culture provenant de Massouah a tué des cobayes à doses beaucoup plus faibles que celles qui ont été nécessaires pour tuer des animaux infectés avec la culture provenant de Hambourg.

Quant au reste, les deux auteurs ne se dissimulent pas que d'autres substances organiques, en suspension dans les bouillons de culture ensemencés avec le bacille virgule, peuvent intervenir à côté des nitrites, dans la genèse des accidents qui caractérisent l'empoisonnement cholérique. Mais le rôle éventuel de ces substances ne peut être qu'accessoire ; car tous les produits de désassimilation qu'on a trouvés jusqu'ici dans les cultures du bacille virgule, tels l'indol, la méthylamine, la triméthylamine, etc., n'ont qu'une faible toxicité. M. Emmerich, qui s'est inoculé le choléra dans un but d'expérimentation, n'a rien observé ni ressenti pendant son attaque, qui pût être mis sur le compte de l'action délétère d'un alcaloïde.

E. Ricklin.

BIBLIOGRAPHIE

Manuel de médecine, publié sous la direction de MM. les professeurs Debove et Achard. — Tome I. — *Maladies de l'appareil respiratoire* ; — tome II. — *Maladies de l'appareil circulatoire.*

Les auteurs de ce manuel se sont entourés, pour le mener rapidement à bonne fin, d'un groupe assez nombreux de confrères jeunes et actifs, également rompus aux travaux de laboratoire, aux études cliniques et aux recherches bibliographiques. Cette collaboration multiple présentait le danger de compromettre l'unité de l'ouvrage; les auteurs ont su l'éviter en arrêtant préalablement un plan nettement tracé, auquel chacun a dû se conformer, et en revoyant, modifiant au besoin les travaux de leurs collaborateurs, de manière à en assurer l'homogénéité. Ce résultat a été d'autant plus facilement obtenu que les questions de théorie ou de doctrine, simplement esquissées, ont été laissées au second plan, et qu'on s'est surtout attaché à exposer les faits avec toute la netteté et les détails nécessaires pour éclairer la symptomatologie de chaque maladie, asseoir le diagnostic et poser les indications du traitement. Les sujets à traiter ayant été répartis autant que possible suivant la compétence de chacun, tous se sont mis à l'œuvre, et les deux premiers volumes ont promptement paru, comprenant, l'un les maladies de l'appareil respiratoire, l'autre les maladies de l'appareil circulatoire.

Les deux volumes débutent par des considérations générales sur l'anatomie et la physiologie de l'appareil auquel ils sont respectivement consacrés, sur les conditions étiologiques des maladies qui peuvent l'atteindre, les troubles fonctionnels et les signes généraux ou spéciaux de ces maladies, les procédés d'examen et d'exploration propres à les révéler, leur évolution, leur mode de terminaison et la portée générale des moyens thérapeutiques à leur opposer.

L'ordre suivi pour les maladies de chaque appareil est

l'ordre anatomique. Ainsi, pour l'appareil pulmonaire sont décrites successivement les maladies des fosses nasales, du larynx, de la trachée et des bronches, des poumons, des plèvres du médiastin ; de même, pour l'appareil circulatoire, les maladies du cœur, des vaisseaux, du sang. Toute idée doctrinale est donc restée étrangère à cette classification qui, à côté de maladies nettement définies, comprend divers syndrômes ou symptômes accompagnant, compliquant ou terminant d'autres états morbides, telles, par exemple, l'hémoptysie, les embolies pulmonaires, l'asphyxie, les vomiques, les palpitations, la syncope, etc.

Pour chaque organe, les maladies sont groupées et classées telles qu'elles se présentent habituellement dans la pratique, avec les différentes formes qu'elles peuvent offrir. Deux exemples suffiront pour donner une idée de l'ordre suivi. Ainsi, en ce qui concerne le larynx, les auteurs décrivent successivement les laryngites aiguës, la laryngite catarrhale chronique, la laryngite striduleuse, le croup, la phtisie laryngée, la syphilis laryngée, le cancer du larynx, l'œdème de la glotte, les accidents laryngés d'origine nerveuse (anesthésie, hyperesthésies, spasmes, paralysies). Pour les plèvres, ils étudient d'abord les différentes variétés de pleurésies, pleurésie sèche et séro-fibrineuse aiguë, pleurésie chronique sèche, séro-fibrineuse, hémorrhagique, purulente, chyliforme, tuberculeuse ; puis ils abordent les autres états morbides dont les plèvres sont le siége, hydrothorax, pneumothorax, vomiques.

Pour l'étude de chaque maladie, les données les plus récentes de la pathologie expérimentale, de l'histologie pathologique et de la bactériologie sont mises à profit ; mais fidèles à leur programme, les auteurs sont restés avant tout sur le terrain essentiellement clinique et pratique, aussi la partie thérapeutique est-elle traitée avec le plus grand soin. Chaque chapitre se termine par l'indication du traitement approprié aux différentes formes ou variétés de la maladie qui vient d'être décrite et l'on trouve en outre, à la fin de chaque volume, un nombre considérable de formules entre lesquelles le praticien peut choisir, suivant les cas, pour combattre plus particulièrement telle forme de maladie ou tel symptôme.

On voit, par ce court aperçu, que le manuel de médecine s'adresse et est appelé à rendre de grands services à l'étudiant et au praticien. Au premier il offre, sous une forme nette et concise, l'exposé de l'état actuel de nos connaissances en pathologie médicale ; au second, en revivifiant ses souvenirs scientifiques, il signale, pour la lutte de chaque jour, les armes anciennes et récentes dont la thérapeutique peut disposer.

Dr F. De Ranse.

BULLETIN

Du brightisme et de ses manifestations atténuées. — Administration de la quinine dans certains cas de fièvre intermittente. — Traitement chirurgical du tétanos.

— La discussion continue à l'Académie de médecine sur la grande question des néphrites chroniques, et très spécialement sur les données qu'a défendues M. le professeur Dieulafoy. Nous ne reviendrons pas sur les trois principales manifestations du brightisme qu'a signalées ce dernier petit brightisme, chloro-brightisme, brightisme goutteux. Mais nous devons rendre compte ici des diverses réponses qu'a opposées M. G. Sée à ces questions.

En général, M. Germain Sée a combattu à peu près toutes les idées soutenues par M. Dieulafoy sur le petit brightisme, le chlorobrightisme et le brightisme goutteux. L'albuminurie, moins constante que ne le disent certains auteurs, reste le principal signe des néphrites, avec la diminution de la toxicité des urines. Cette albuminurie manque rarement dans les néphrites, mais elle est sujette à des variations aux différentes heures de la journée.

Dans les néphrites sans albuminurie avérée, dit-il, les phénomènes décrits par M. Dieulafoy sous le nom de petit brightisme, particulièrement les troubles de l'ouïe, la sensation du doigt mort, la pollakiurie, la cryesthésie, n'ont rien de spécial et peuvent se rencontrer dans une foule d'affections du système nerveux qui n'ont rien à voir avec le mal de Bright.

Un seul signe a une valeur véritable, c'est l'œdème de la face ou des membres inférieurs ; la présence de cet hydropisie permet, dès le début, de reconnaître le mal de Bright latent, quand on a eu soin de bien distinguer de cet œdème variable l'œdème déclive ou des membres inférieurs provenant d'une lésion cardiaque.

La néphrite goutteuse résulte de la sclérose artérielle, état ordinaire des goutteux. L'hypertension artérielle serait un bon moyen de diagnostic ; mais, dit M. G. Sée, il est impossible de la mesurer exactement. De la mesurer mathématiquement, soit ; mais nous devons rappeler que M. le professeur Potain se sert d'un petit instrument, très commode, *très suffisant pour la pratique*, qui permet de se rendre compte de la tension artérielle pour les besoins courants, qui sont, sans aucun doute, les besoins les plus importants, les besoins de la clinique.

Quant à la chlorose, elle peut coïncider parfois avec une néphrite ou être suivie par elle ; mais ces deux affections ne se combinent point pour créer l'hybride chlorobrightique.

— A l'Académie des sciences, M. Alcide Treille a envoyé un travail sur l'administration de la quinine dans certains cas de fièvre intermittente ; c'est d'ailleurs un sujet familier à M. Treille dont l'Académie de médecine a entendu des mémoires fort intéressantes sur les manifestations variées de cette infection. Nous nous contenterons de renvoyer nos lecteurs au compte rendu *in extenso* qui va paraître dans la *Gazette*, en ne citant que la partie principale du travail :

« Lorsque, dit M. Treille, au cours du traitement occasionnel d'une fièvre à sulfate de quinine, le médicament donné à dose unique, convenable, appropriée à la nature du type, au début précis d'un accès de rechute, n'amène pas la chute de la fièvre, ou si celle-ci reparaît dans les cinq jours qui suivent, il n'y a pas lieu d'insister sur le médicament, l'élément pyrétogène nouveau dû à l'intercurrence morbide n'étant pas justiciable du quinquina.

« Dans les fièvres à sulfate de quinine traversées par des intermédiaires morbides, il n'y a pas lieu de revenir au médicament avant le sixième jour qui suit l'administration de la première dose, car on peut considérer que celle-ci a débarrassé, pour cinq jours au moins, le malade de l'élément pyrétogène propathique, justiciable du quinquina.

« Certaines intercurrences morbides paraissent empêcher, par antagonisme microbien, le retour ultérieur de la fièvre des alluviens, c'est-à-dire de la fièvre à rechutes et à sulfate de quinine. »

— M. Verneuil a commencé la lecture d'un travail sur le traitement chirurgical du tétanos dont nous ne donnons ici que le résumé, travail qui doit être complété à la prochaine séance de l'Académie.

« Le traitement chirurgical du tétanos est employé depuis le siècle dernier. Doit-il être considéré comme une méthode générale ?

« D'abord, je peux vous citer une série de faits où des plaies tétaniques traitées par des pansements simples mais non antiseptiques se sont terminées par la mort.

« Donc le pansement dans ces cas n'a pas empêché l'éclosion de la maladie. Dans d'autres circonstances, c'est le pansement lui-même qui a pu déterminer le tétanos. Tel est le cas lorsqu'on emploie à la campagne, comme mode de pansement, de la terre, de la bouse de vache, des masses formées de vers de terre, etc. Reste l'occlusion. Or, comme le bacille de Nicolaier est anaérobie, les conditions sont, dans ce cas, favorables pour lui. Le pansement ouaté, la réunion des plaies suspectes peuvent parfois aussi favoriser l'éclosion du tétanos. J'en ai recueilli plusieurs faits.

Arrivons au traitement chirurgical. Il y a d'abord la *névrotripsie*, la déchirure chirurgicale des nerfs qui, dans un cas, m'a donné un beau succès. Puis viennent l'épuration, c'est-à-dire le nettoyage et la cantérisation et enfin l'amputation.

Ces méthodes sont recommandables lorsque le tétanos a éclaté. Mais avant qu'il ne se manifeste par aucun symptôme, faut-il intervenir préventivement ? La question est délicate. Cependant on peut dire, d'une façon générale, que lorsqu'une plaie est anfractueuse, irrégulière, souillée, il faut se tenir sur ses gardes.

Mais deux conditions peuvent éclairer vivement le diagnostic. C'est d'abord la notion étiologique Si, en effet, le malade a une plaie souillée de terre, surtout si cette terre renferme du fumier, s'il s'agit d'une morsure de cheval, si la plaie est survenue chez un homme vivant auprès des chevaux, alors, prenez garde, il y a danger de tétanos. Nettoyez largement, méticuleusement, ne faites pas de sutures.

Il y a encore un moyen qui consiste, dès le début, à prendre quelques parcelles sur la plaie, on une gouttelette de pus et à l'inoculer dans le péritoine du cobaye. Si celui-ci meurt en quarante-huit heures avec accidents tétaniques, vous êtes fixé et vous pouvez intervenir à temps, le tétanos n'éclatant le plus souvent chez le blessé qu'après sept à neuf jours. Parfois le microscope permettra de faire le diagnostic plus tôt encore. Dans ces cas, vous pouvez agir vigoureusement et avec de grandes chances de succès. Je voudrais que cette méthode se généralisât et qu'on pratiquât dans les cas de tétanos l'examen microscopique et les inoculations aussi souvent qu'on le fait pour la tuberculose. C'est presque aussi facile et les résultats sont ordinairement plus rapides. » R. F.-M.

VARIÉTÉS

LE CHOLÉRA DANS L'HÉRAULT ET LES DÉLÉGUÉS PARISIENS (1).

Nous lisons, dans un journal médical de province, l'article suivant écrit sous forme de protestation :

L'officieuse agence Havas a publié, la semaine dernière, la note suivante, qu'ont reproduite la plupart des journaux politiques et médicaux.

(1) *Le Nouveau Montpellier médical*, 17 juin 1893.

« *Hérault et Aude*. — Des cas de diarrhée cholériforme ayant été signalés dans quelques localités du département de l'Hérault et de l'Aude, notammel à Lunel, à Cette, à Lézignan, etc., M. le Dr Wurtz a été envoyé dans ces départements; les *mesures prises sous sa direction* paraissent avoir en très vite raison du mal, qui n'a pas complètement disparu de Cette, et un nouvel envoyé de l'administration, M. Damay, interne des hôpitaux, part ce soir pour Cette. »

Nous ignorons qui a rédigé cette note et dans quel but celle-ci a été formulée de la sorte, mais il nous est impossible de ne pas déclarer qu'elle est absolument inexacte en ce qui concerne le rôle par M. Wurtz dans l'Hérault et sur les conséquences de son intervention, de même qu'elle manque de clarté sur la signification de la mission donnée à M. Damay.

M. Wurtz n'a pas eu à faire prendre des mesures, notamment à Lunel et Cette, par la raison bien simple que les municipalités de ces deux villes, dont la seconde a un médecin pour maire, avaient déjà fait le nécessaire. M. le professeur Hamelin, médecin des épidémies de l'arrondissement, envoyé sur les points attaqués par M. le Préfet de l'Hérault, dès la première nouvelle de l'explosion de l'épidémie, n'avait trouvé rien d'essentiel à ajouter aux prescriptions formulées par la municipalité de Lunel, sur les indications de MM. les Drs Vedel et Pons, et avait pu se borner à préciser certains détails d'exécution, on à insister sur une plus rigoureuse application de quelques-unes de ces prescriptions, etc. De même à Cette, où grâce aux mesures prises par le Dr Scheydt, aidé du concours de tous ses confrères, on avait pu espérer pendant quelques jours (du 24 au 27 mai, aucun décès) que l'épidémie serait peut-être enrayée.

On est d'ailleurs en droit de se demander ce que M. Wurtz, jeune homme dont le seul titre était d'avoir été nommé, quinze jours auparavant, simple auditeur au Comité consultatif d'hygiène publique de France, pouvait avoir affaire dans une circonscription dont le médecin des épidémies, secrétaire depuis quinze ans du Conseil central d'hygiène du département de l'Hérault, est professeur à la Faculté de médecine, et n'a jamais donné lieu à personne de metire en doute, pas plus son zèle que sa compétence dans les questions d'hygiène publique.

Nous n'insistons pas sur ce point, ne tenant nullement à être désagréable à M. Wurtz, que nous regrettons d'être obligé de mettre ainsi indirectement en cause, *pour vérifier les non-vérités* mises à sa charge par un ami maladroit probablement; nous nous bornerons à dire que, dans le département de l'Hérault, sa mission était pour le moins superflue.

Quant aux résultats de ces mesures, la vérité est ceci : quand M. Wurtz s'est rendu à Lunel le 29 mai, l'épidémie avait subi une rapide décroissance, il n'y avait plus que 4 malades suspects, dont 2 ont succombé ; tandis que lors de sa visite, quatre jours auparavant, le 25, M. Hamelin avait 18 malades sérieux, et ses confrères lui avaient signalé 5 à 6 cas de diarrhée douteuse. Depuis, aucun nouveau cas, ou tout au moins aucun nouveau décès par affection cholérique ne s'est produit à Lunel, sauf erreur.

A Cette, la situation paraissait encore plus rassurante le dimanche 28 mai, quand M. Hamelin s'y était rendu : après une suspension de toute mort par maladie cholérique pendant quatre jours, 1 décès venait de se produire dans la matinée chez une jeune fille malade depuis le dimanche précédent; ce qui portait à 8 le nombre total des décès en quinze jours ; ce nombre arrivait à 11, par suite d'une légère recrudescence, le 29 et le 30 au soir, jour de la venue de M. Wurtz.

C'est précisément à dater de ce moment que l'épidémie a été définitivement constituée et que l'on a commencé à porter des malades au Lazaret, où une ambulance avait été organisée depuis plusieurs jours, par les soins de la Municipalité et de la Commission des hospices, sous la direction médicale de M. le Dr Petit.

En réalité, l'intervention de M. Wurtz s'est bornée à demander des étuves mobiles, pour Lunel et Cette : à Lunel, l'étuve est arrivée lorsque l'épidémie était terminée ; à Cette, une étuve envoyée au Lazaret ne pouvait que faciliter simplement et rendre moins onéreuses les opérations de désinfection, antérieurement pratiquées dans l'étuve fixe installée au brise-lames, pour le service de la Santé.

Il convient de remarquer que M. le Préfet de l'Hérault avait déjà fait voter un crédit de 10.000 fr. par la Commission départementale, avec promesse d'un concours égal de la part de certaines municipalités, et n'attend plus que la réponse de l'État à une demande d'un crédit semblable, pour faire l'achat de 6 étuves mobiles.

La *Semaine médicale* (n° du 14 juin), dans un article dont l'origine se laisse facilement deviner, prétend que les autorités locales et centrales semblent prendre à tâche de cacher la vérité, ou tout au moins de la déguiser et qu'il est regrettable que l'examen bactériologique, seul moyen (?) de déterminer la nature de l'épidémie, n'ait pas été fait, comme à Hambourg, ou qu'il n'en ait pas été donné connaissance (à qui ?).

Le premier reproche ne saurait s'appliquer à Lunel, Cette, Frontignan, Saint-Pons de Mauchiens, Bédarieux, pour nous limiter aux communes citées par la *Semaine médicale* : une information de la *Dépêche*, reproduite par la plupart des journaux politiques de Paris, faisait connaître dès la fin mai, d'après un interview de M. Hamelin, la situation réelle de Lunel ; et il ne semble pas que M. le Maire de Cette, en préparant l'installation du Lazaret à cette époque et en y faisant transporter des malades, ait agi en homme qui veut cacher une situation.

L'autorité préfectorale a été avisée régulièrement des cas de décès suspects qui se sont produits dans un certain nombre de localités de l'Hérault, et rien ne permet de croire que cette autorité ait négligé de transmettre ces renseignements au Ministre de l'Intérieur.

Quant à l'examen bactériologique, il a été pratiqué quand cela a été nécessaire ; il a été fait notamment, à Montpellier, par M. le Dr Boc, chef de clinique dans le laboratoire de M. le Doyen Mairet à l'asile d'aliénés, et par MM. Ducamp et Sacaze à l'hôpital Saint-Éloi.

Un mot seulement sur la mission de M. Damay ; celui-ci n'est pas un remplaçant de M. Wurtz, comme la note Havas pourrait le faire croire ; simple interne des hôpitaux, non pourvu du titre de docteur, et, par conséquent, n'ayant le droit de rien prescrire. M. Damay est, comment dirions-nous ? une sorte de désinfecteur en chef.

Nous ne nous sommes un peu longuement étendu sur le rôle réel des délégués parisiens que parce qu'il nous semble qu'il y a ici en jeu plus qu'une question de personnes : il nous paraît difficile de ne pas y voir une manifestation de plus, de cette tendance excessive à tout centraliser à Paris, qui arriverait à étouffer toute l'activité et toute initiative en province au grand détriment de la santé morale et physique du pays, si l'on n'y mettait bon ordre.

Il y a dans notre Faculté assez d'hommes dévoués, maîtres et élèves (on l'a bien vu lors des épidémies de choléra de 1865 et de 1884), pour qu'il soit plus qu'inutile, en cas d'épidémie, de nous envoyer quelques jeunes gens, dont nous n'avons pas à appécier la valeur réelle, faire leur apprentissage d'hygiénistes dans notre région.

NOTES ET INFORMATIONS

Comité consultatif d'hygiène de France. — *Choléra.* — Le choléra continue à sévir à l'état épidémique dans le Vilayet de Bassorah où il a pris une assez grande extension. Il y a eu, au moins 2.500 décès à Chatra, à Amara, a Aboufanié, à Zoléu et à Bassorah, du 17 mars au 19 juin. — *Mer Rouge.* — Au Hedjaz on a enregistré du 8 au 19 juin, 972 décès cholériques à la Mecque. Ces chiffres doivent être au moins doublés ou triplés. Du 18 au 20 juin on a constaté officiellement 2.857 décès. — *Russie.* — Le choléra n'existe plus dans la Transcaucasie russe. — *Italie.* — Un cas de choléra a été observé à Pavie, le 20 juin, sur un des employés de l'octroi. Ce cas semble être resté stérile.

Nous recevons la lettre suivante :

Institut médico-pédagogique pour le traitement et l'éducation des enfants arriérés et nerveux des deux sexes, à Vitry, près Paris, 22, rue Saint-Aubin. — Médecin-directeur: Dr Bourneville.

Paris, 25 mars 1893.

Jusqu'en 1824 rien n'avait été tenté pour le traitement et l'éducation des malheureux enfants déshérités de l'esprit, qui, désignés sous l'euphémisme d'arriérés, doivent à un vice cérébral originel ou à une maladie postérieure à la naissance, leur infirmité mentale. L'hospitalisation même, malgré la fréquence de ces cas, était tout à fait rudimentaire. Un petit nombre d'entre eux était hospitalisé à Bicêtre, à la Salpêtrière ou aux Incurables ; mais, dans le reste de la France, l'hospitalisation était à peu près nulle.

Le premier, sans doute, en 1824, alors qu'il était interne à la Salpêtrière, le Dr Belhomme émit cette idée qu'il était possible « d'améliorer la position malheureuse des idiots et qu'une sorte d'éducation pouvait leur être donnée ». Il conclut de ses recherches que « les idiots sont éducables suivant leur degré d'idiotie » (1).

Ferrus, lui aussi, pensait que les idiots et les imbéciles présentaient des chances de perfectionnement et, dès 1828, « il organisa à Bicêtre une sorte d'école où chaque matin et dans le courant de la journée, il faisait conduire les enfants et les adolescents qui paraissaient lui offrir quelques ressources dans l'esprit (2) ». En 1830, F. Voisin réclamait pour « ces pauvres sujets les bienfaits d'une éducation spéciale ». En 1831, Falret père donna, sous ce rapport, l'impulsion à la Salpêtrière. En 1832, F. Voisin organisa « le service des enfants idiots dans l'hospice de la rue de Sèvres » et en 1834 « créa un établissement particulier en faveur de ces infortunés » (3). Cet établissement n'eut malheureusement qu'une existence éphémère.

Quelques années plus tard, E. Seguin publia divers travaux

(1) Belhomme. — *Essai sur l'idiotie*. Thèse, 1824.

(2) Bourneville. — *Recueil de mémoires, notes et observations sur l'idiotie*, t. 1er, page 249 (article de Ferrus), et page 248 (article de F. Voisin). Paris, 1891. Ce volume reproduit la thèse de Belhomme.

(3) M. F. Voisin avait donné à sa fondation le nom « d'Établissement orthophrénique ».

mettant bien en relief la possibilité de l'éducation des enfants arriérés. Ses travaux attirèrent l'attention et il fut nommé instituteur de Bicêtre Il n'y resta qu'un an (1843), des difficultés de toute sorte étant venues l'entraver dans sa tâche. Il n'en poursuivit pas moins son œuvre et publia en 1846 son admirable livre : *Hygiène et Éducation des idiots* dans lequel il expose tout au long sa méthode et les procédés si ingénieux qu'il a empruntés un peu partout ou qu'il a souvent imaginés lui-même.

Tandis qu'en France l'hospitalisation et l'enseignement des arriérés était circonscrit à peu près exclusivement à Bicêtre et à la Salpêtrière et que cet enseignement se restreignait de plus en plus aux épileptiques ou aux enfants les moins dégénérés et les plus dociles et que, peu à peu, on laissait de côté la méthode de Seguin, à l'étranger, notamment aux États-Unis d'Amérique et en Angleterre, on poursuivait parallèlement et avec ardeur l'hospitalisation et l'éducation des enfants arriérés. Seguin qui, vers 1850, avait quitté la France et s'était retiré en Amérique, fut le promoteur de la fondation, dans sa nouvelle patrie, d'une quinzaine d'institutions consacrées à ces malheureux enfants. Nous devons ajouter qu'à côté des établissements publics, affectés aux enfants pauvres, l'Angleterre, les État-Unis, l'Allemagne ont des institutions très prospères, consacrées aux enfants arriérés appartenant aux classes fortunées de la société.

En France, jusque dans ces dernières années, où il s'est créé de petits asiles payants dans lesquels on se borne le plus souvent à des « soins maternels », il n'y avait qu'une institution privée, celle qu'a fondé, en 1846, M. Vallée, le successeur de Seguin à Bicêtre.

Partout, sauf en France, l'enseignement reposait en tout ou en grande partie sur la méthode de Seguin. Elle semblait inconnue à Bicêtre, à la Salpêtrière et même à la colonie de Vaucluse, installée en 1876, par le département de la Seine.

Depuis 1879 et, de l'avis de tous, nos efforts constants y ont contribué pour une large part, il s'est développé en France et surtout dans le département de la Seine un véritable mouvement en faveur de l'hospitalisation, du traitement et de l'éducation des enfants nerveux et arriérés.

Nous avons obtenu du Conseil général de la Seine et du Conseil municipal de Paris la construction de la section des enfants arriérés de Bicêtre qui, construite pour 400 pensionnaires, en renferme aujourd'hui 475. Des circonstances indépendantes de notre volonté, mais dont nous avons profité, nous ayant placé à la tête de ce service, nous l'avons réorganisé de fond en comble.

A notre arrivée à Bicêtre (1879), on ne s'occupait que des enfants les moins malades, environ la moitié; le maître d'école se bornait aux méthodes d'enseignement en usage courant dans les écoles ordinaires. Un nombre restreint d'enfants étaient envoyés dans les ateliers de l'hospice communs aux vieillards et aux aliénés, où ils n'apprenaient à peu près rien, étant sous la direction des vieillards. Aussi aucun d'eux ne parvenait-il à savoir un métier. —

Au point de vue matériel, la situation des enfants n'était pas moins déplorable. Ils étaient dans le même bâtiment que les épileptiques adultes. Une même salle servait d'infirmerie pour les maladies intercurrentes, les maladies contagieuses, aiguës ou chroniques, de réfectoire, de salle de réunion et de dortoir pour les enfants les plus dégradés. Nombreuses cependant avaient été les réclamations de nos prédécesseurs, particulièrement de notre vénéré maître, M. Delasiauve, qui, lui aussi, s'est intéressé vivement à l'éducation des enfants arriérés.

En 1875, M. Maxime du Camp écrivait que « le quartier des idiots à Bicêtre est une hideuse renfermerie ». Deux ans plus tard, M. Othenin d'Haussonville déclarait que « le quartier des enfants idiots de Bicêtre, constituait un spécimen déplorable de notre ancienne assistance hospitalière, qu'il faisait véritablement peu d'honneur à la Charité publique », et il en demandait la suppression. Nous avons fait subir à ce service une transformation radicale. Une nouvelle section a été construite spécialement pour les enfants qui sont tout à fait séparés des adultes. Cette section a été pourvue de tous les aménagements exigés par l'hygiène et pour une bonne catégorisation des enfants.

Tous, depuis les plus malades jusqu'aux simples arriérés, sont l'objet d'un traitement et d'une éducation appropriés. A ceux-là, qui forment d'ailleurs la minorité, on apprend à se tenir debout, à marcher, à devenir propres. Les seconds, les plus nombreux, sont répartis en deux grandes divisions : l'une d'elles est composée des enfants les plus jeunes qui sont confiés à des femmes (petite école) : l'autre comprend les enfants les plus grands, les moins atteints dans leur intelligence ; ils sont confiés à des instituteurs (grande école). Nous avons introduit dans ces écoles la méthode et les procédés de Seguin, que nous avons modifiés, complétés et perfectionnés. Les leçons de choses, soit dans les classes, soit dans les jardins qui ont été disposés dans ce but, soit par les projections, sont aussi variées et aussi fréquentes que possible. En un mot, tout est mis en œuvre pour l'éducation intellectuelle des enfants.

L'éducation physique occupe une large place dans notre organisation ; les exercices de gymnastique comprennent non seulement la gymnastique des mouvements et à l'aide des appareils ordinaires, mais encore les exercices de la gymnastique Pichery. Ajoutons-y les exercices de danse et d'escrime. De nombreux procédés sont mis à contribution pour l'éducation des sens, et, dans ce but, nous avons recours à un grand nombre de jeux. L'hydrothérapie et les bains sont largement employés pour le plus grand bien des malades.

L'enseignement professionnel a été l'objet de tous nos soins. Quand nous avons réclamé la construction des ateliers, administrateurs et architecte doutaient qu'il fût possible d'arriver à des résultats sérieux. L'expérience a donné amplement raison. Nous avons ouvert successivement les ateliers de menuiserie, de cordonnerie, de couture, de vannerie, de paillage des chaises, de serrurerie, de brosserie et de typographie. Bien que les enfants soient divisés en deux séries, l'une du matin et l'autre du soir, les ateliers, quoique vastes, sont maintenant encombrés. Le produit du travail compense non seulement le salaire des maîtres et l'intérêt du capital engagé dans la construction des ateliers, mais donne encore un bénéfice à l'Administration. Toutefois, pour nous, l'enseignement professionnel réalise un objectif bien plus élevé ; il occupe utilement les enfants, contribue à employer tout leur temps, et nous fournit le moyen de rendre chaque année à la société un certain nombre d'anciens malades devenus capables de subvenir à leurs besoins.

Le département de la Seine, auquel M. Vallée a légué sa propriété de Gentilly, l'a affectée à une centaine de petites filles arriérées. Chargé de l'organisation de cette fondation, nous y avons introduit la même méthode d'enseignement qu'à

Bicêtre, et, au point de vue professionnel, on y apprend aux enfants les soins du ménage, la couture, le repassage du linge, etc., etc.

Comme on le voit par ce rapide exposé, la section des enfants de Bicêtre et la fondation Vallée ne répondent pas à un hospice ordinaire, c'est-à-dire à un établissement où l'on reçoit, pour le reste de leurs jours, des enfants réputés incurables : c'est au contraire des maisons de traitement et en même temps des maisons d'enseignement. En effet, contrairement à l'opinion courante, il s'agit de malades qui, grâce à un traitement médical bien dirigé et à une éducation spéciale, sont pour la très grande majorité susceptibles d'être considérablement améliorés et même guéris.

Ce que nous avons fait pour les enfants arriérés indigents, des amis et des confrères nous ont conseillé de le faire pour les enfants appartenant aux classes aisées de la société, estimant qu'il y avait lieu de les faire profiter de méthodes qui ont fait leurs preuves et que tout le monde est à même d'apprécier en visitant la section de Bicêtre et la fondation Vallée (1).

Les résultats que nous enregistrons chaque jour chez les enfants des deux établissements de l'Assistance publique, constatés par la Commission du Conseil général de la Seine, la Commission de surveillance des asiles, par les nombreux médecins français et étrangers et en particulier par les médecins qui ont fait partie du Congrès international d'Assistance publique et du Congrès international de médecine mentale qui nous ont fait l'honneur de visiter notre service nous ont suggéré l'idée d'organiser pour les enfants mieux favorisés de la fortune un établissement analogue, c'est-à-dire en partie médical, en partie pédagogique. Nous avons pu réaliser cette idée, grâce au concours et à l'appui d'un certain nombre d'amis, médecins pour la plupart, par suite, témoins compétents de ce que nous avons accompli et des résultats considérables qu'il est possible d'obtenir.

L'Institut médico-pédagogique est destiné :

1° Aux enfants présentant de l'instabilité mentale et sujets à des impulsions maladives qui les empêchent, quoique possédant un certain développement de l'intelligence, de se soumettre à la règle des lycées ou des pensions, et qui ont par conséquent besoin à la fois d'une méthode d'éducation spéciale. et d'une discipline particulière ;

2° Aux enfants arriérés. faibles d'esprit à tous les degrés ;

3° Enfin aux enfants atteints d'affections nerveuses compliquées ou non d'accidents convulsifs.

Les enfants de ces diverses catégories forment des groupes tout à fait distincts.

De plus, chacun des groupes comprend des divisions et en particulier celui des enfants de la seconde catégorie, c'est-à-dire les enfants les plus gravement atteints.

Les enfants les plus jeunes et les filles sont confiés à des maîtresses possédant de la façon la plus complète tous les détails de la méthode et des procédés d'instruction et d'éducation spéciales empruntées à Séguin ou inspirées par notre expérience, méthode et procédés que nous avons introduits et mis personnellement en pratique, nous le répétons, depuis une douzaine d'années dans notre service de Bicêtre. En portant à la connaissance de nos confrères la création de l'Institut médico-pédagogique, nous avons la conviction de les mettre en mesure de rendre de réels services aux malheureux enfants de leur clientèle, atteints de maladies nerveuses ou dont l'intelligence est arrêtée dans son développement.

BOURNEVILLE,
Médecin de Bicêtre (section des enfants nerveux et arriérés).

N. B. — L'Institut médico-pédagogique est situé à Vitry, près Paris, 22, rue Saint-Aubin. Les enfants ont à leur disposition un parc de trois hectares. L'établissement isolé des propriétés voisines, est pourvu d'écoles, de gymnases, de bains, d'un service d'hydrothérapie, de salles de réunions, etc. — On peut se rendre à l'Institut médico-pédagogique par les voitures de place et les tramways du Châtelet à Vitry et Choisy-Roi. S'adresser pour les renseignements à M. le Dr Bourneville, Paris, rue des Carmes, 14, où les familles seront reçues, pour leur commodité, les mercredi et vendredi de 1 h. 1/2 à 2 h. 1/2.

(1) Le samedi (9 heures) est le jour plus particulièrement consacré à recevoir les médecins qui désirent visiter notre service.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — M. Nicolas (Marie-Adolphe), docteur en médecine, chargé d'un cours d'anatomie descriptive à la Faculté de médecine de Nancy, est nommé professeur d'anatomie descriptive à ladite Faculté.

— Par arrêté du 22 juin, M. Souques (Achille), docteur en médecine, est nommé, à partir du 1er juin 1893, moniteur des travaux pratiques d'anatomie pathologique.

Assistance publique. — HOPITAUX. — *Concours de l'internat et de l'externat.* — Le concours pour la nomination aux places d'internes en médecine et en chirurgie vacantes en 1894 dans les hôpitaux de Paris, aura lieu le 12 octobre. Le registre d'inscriptions sera ouvert, du 4 au 30 septembre, de 11 heures à 3 heures. Le concours pour les places d'externes aura lieu le 16 octobre. Le registre d'inscriptions sera ouvert, du 1er septembre au 25.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Ancienne maison Delahaye.
L. Bataille et Cie, éditeurs, 22, place de l'École de médecine.

Traité d'anatomie humaine, publié sous la direction de P. POIRIER, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chef des travaux anatomiques, chirurgien des hôpitaux. T. I. *Embryologie, Ostéologie, Arthrologie*, avec 612 dessins originaux. — Paris, 1893.)

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU 25 JUIN AU 1er JUILLET 1893

Fièvre typh., 6.—Typhus, 0.—Variole, 11.—Rougeole, 23.—Scarlatine, 3. — Coqueluche, 5.— Diphtérie, croup, 25.— Grippe, 0. — Affections cholériformes, 0. — Phtisie pulmonaire, 186. — Méningite tuberculeuse, 12. — Autres tuberculoses, 15. — Tumeurs cancéreuses et autres, 39. — Méningite, 22. — Congestion et hémorrhagie cérébrale, 50 — Paralysie, 4. — Ramollissement cérébral, 7. — Maladies organiques du cœur, 47. — Bronchite aiguë et chronique, 39. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 76. — Autres affections de l'appareil respiratoire, 38. — Gastro-entérite des enfants : sein, biberon et autres, 167. — Fièvre et péritonite puerpérales. 7. — Autres affections puerpérales, 4. — Débilité congénitale, 22. —Sénilité, 28. — Suicides, 19. — Autres morts violentes, 9. — Autres causes de mort, 137. — Causes inconnues, 4. — Total : 1005.

Le Rédacteur en chef et Gérant : F. DE RANSE.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame. — *Téléphone.*

64e Année. 8e Série. Tome II — N° 28 — 15 Juillet 1893

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Rédacteur en chef : M. le Dr F. DE RANSE

Comité de Rédaction : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN
J. ARNOULD (de Lille), P. FABRE (de Commentry), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon)

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, avenue Montaigne (Rond-Point des Champs-Élysées)

CLINIQUE MÉDICALE

LA TUMÉFACTION PAROTIDIENNE DANS LA PNEUMONIE,

Par le Dr Ch. Fiessinger (d'Oyonnax).

Si proches parentes sont la grippe et la pneumonie qu'il n'est pas étonnant de les voir se partager les mêmes complications. La tuméfaction parotidienne dans la grippe a été décrite par nous en 1887 ; elle se dissipe d'ordinaire par résolution dans un laps de temps variant de trois à sept jours (1). Récemment nous avons observé cette complication au cours d'uoe pneumonie. Le quatrième jour d'une pneumonie du côté droit, un jeune homme de 30 ans se plaint de douleurs dans la région parotidienne droite ; l'oreille droite est saine ; l'oreille gauche est le siège d'une otite suppurée chronique. Le lendemain, les douleurs augmentent d'intensité ; la région parotidienne est tuméfiée, tendue, dure : la tuméfaction déborde d'environ deux travers de doigt l'angle de la machoire et fait craindre une parotidite suppurée. Or, il suffit de l'application de quelques cataplasmes laudanisés pour conjurer l'orage. Dès le septième jour de la pneumonie, la dégénérescence s'opère, entraînant avec elle la résolution des tissus enflammés. Le malade est en même temps guéri de sa pneumonie et de sa tuméfaction parotidienne.

Les faits de ce genre sont exceptionnels ; la parotidite suppurée elle-même est rare dans la pneumonie (Grisolle) ; c'est une complication qui apparaît d'ordinaire au déclin de la maladie et chez les individus âgés de ulus de 60 ans (1). Notre malade était jeune et sa complication parotidienne, d'une durée extraordinairement courte, a évolué au cours de la pneumonie et a disparu par résolution. Lancereaux et Besançon (2) ont signalé une observation analogue ; mais leur malade était âgé de 51 ans, et la tuméfaction parotidienne survenue vers le dix-septième jour de la pneumonie, avait mis une vingtaine de jours à se résoudre ; de plus l'issue avait été fatale, la pneumonie s'étant compliquée d'une méningite ultime.

Il nous serait difficile d'indiquer le mécanisme de la tuméfaction parotidienne présenté par notre malade ; Lancereaux et Besançon n'ont pas trouvé de microorganismes dans le liquide de la ponction exploratrice. Peut-être s'agit-il de simples phénomènes fluxionnaires pouvant être comparés pathogéniquement à la rougeur de la pommette qui

(1) *Gaz. méd.*, 30 mars 1889.

(1) *Dict. encyclop. des sc. méd.* Art. *Pneumonie*, par Barth, p. 305.
(2) *Arch. géné. méd.*, septembre 1885, p. 282.

FEUILLETON

DOCUMENTS POUR SERVIR A L'HISTOIRE DE LA MÉDECINE

Une ancienne famille de médecins. — Les de Villiers. Le Dr Charles de Villiers.

Nous venons de conduire à sa dernière demeure le Dr Charles de Villiers, membre de l'Académie de médecine, médecin honoraire en chef de la Compagnie du chemin de fer, Paris-Lyon-Méditerranée. La vie de ce médecin honnête et laborieux, qui a été notre maître et notre ami, peut servir de modèle aux jeunes gens qui embrassent la carrière médicale ; la raconter simplement est le meilleur éloge qu'on puisse faire de lui.

Fait rare dans nos annales médicales, Charles de Villiers était, par voie de descendance directe, le cinquième médecin de sa famille. Je trouve dans une note qu'il m'avait remise, qu'un de ses aïeux :

Edme de Villiers, né en 1679, était maître chirurgien, à Vault-de-Sugny près d'Avallon (Yonne) et qu'il laissa deux fils :

Edme de Villiers, comme lui chirurgien.

Pierre-Jacques-Marie de Villiers, né à Aninay-la-Coste, le 6 mai 1711. Celui-ci exerça à Paris, fut nommé chirurgien du roi à Meudon, et mourut en 1746, laissant également deux fils chirurgiens, l'un ;

Charles-Jean-François, prévot du collège de chirurgie ; le second :

Pierre-Blaise de Villiers, officier de santé et pharmacien en chef à Saint-Denis. Celui-ci eut aussi un fils également chirurgien :

Pierre-Gaspard-Alexandre de Villiers, né le 12 février 1781, mort à Paris le 15 janvier 1853, membre de l'Académie de médecine, et père de l'excellent ami que nous venons de perdre. Pierre-Gaspard-Alexandre avait été chirurgien militaire de 1805 à 1815, il s'était ensuite établi dans le quartier Saint-Jacques, fut nommé médecin du Bureau de bienfaisance,

se montre vers le troisième jour, du côté correspondant à la pneumonie.

Le diagnostic d'oreillons nous semble devoir être absolument écarté en raison de la tuméfaction unilatérale, de l'intensité des douleurs et de l'absence d'oreillons dans la région.

OBSERVATION.

Homme de 30 ans; pneumonie droite; tuméfaction parotidienne du côté droit pendant trois jours; guérison le septième jour.

N..., âgé de 30 ans, est un malade auquel nous avons trépané l'apophyse mastoïde du côte gauche en 1887. Il s'agissait à cette époque d'une inflammation suppurative aiguë des cellules mastoïdiennes consécutive à une otite moyenne chronique (1). Depuis sa guérison, N.. se livrait à de fréquents excès de boisson. Le 9 mai 1893, frisson brusque avec claquement de dents; point de côté droit; douleurs dans les jambes et l'épaule droite avec irradiations de l'épaule à l'oreille du même côte.

Le 10 mai. Le malade tousse et ses crachats sont rouillés. A l'extrémité supérieure de la région axillaire droite, l'auscultation révèle quelques râles crépitants à la fin de l'inspiration. T. m. (rect.) 40°,8; T. s., 40°,3.

Prescription: Potion avec 1 gramme de sulfate de quinine. Boissons abondantes. Thé au rhum.

Le 11. Expectoration abondante. Souffle tubaire, bronchophonie et matité dans la région axillaire droite. T. m. 40°,5; T. s., 39°,5.

Le 12. L'état du poumon est stationnaire; diarrhée avec 4 à 6 selles fétides noirâtres par jour. Le malade se plaint de douleurs au-dessous de l'oreille droite. T. m., 39°,2; T., s., 40°,6.

On continue la potion de quinine.

Le 13. Les douleurs accusées au-dessous de l'oreille sont vives, lancinantes, arrachent des cris au malade. Les mouvements de la mâchoire sont pénibles; au niveau de la branche montante du maxillaire inférieur et débordant de deux travers de doigt au-dessous de l'angle de la mâchoire, on constate une tuméfaction tendue, dure, douloureuse. L'oreille du côté droit est saine; l'écoulement purulent s'effectue par l'oreille du côté opposé à celui de la tuméfaction parotidienne. Le malade délire de temps à autre. On se contente d'appliquer des cataplasmes laudanisés sur la région douloureuse. T. m., 39°,6.

Le 14. La parotide reste grosse et dure; elle est moins douloureuse spontanément et à la pression; par contre de violentes douleurs sont ressenties dans les reins. T. m., 39°2; T. s., 38°.

Le 15. La tuméfaction parotidienne a disparu; l'hépatisation pulmonaire persiste. Quelques sueurs dans la nuit. L'apyrexie est complète. T. m., 36°,8.

Dès le lendemain le malade se lève et retourne à son travail.

(1) *Lyon médical*, t. LVI, 1887, p. 305.

CLINIQUE CHIRURGICALE

STATISTIQUE ET OBSERVATIONS DE CHIRURGIE HOSPITALIÈRE,

Par le Dr POLAILLON,
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu, professeur agrégé à la Faculté, Membre de l'Académie de médecine.

Suite (1)

Malformations.

a. MALFORMATIONS ACQUISES.

XX. — *Ongle incarné.*

111 cas { 83 hommes, 6 non opérés, 77 opérés } 0 mort.
{ 28 femmes, 1 — 27 — }

Dans tous ces cas, c'est le gros orteil qui a été atteint. L'affection a eu pour siège: 54 fois le gros orteil droit, 41 fois le gros orteil gauche et 10 fois les deux gros orteils en même temps. Dans 6 cas le siège n'a pas été déterminé.

L'incarnation s'est produite 56 fois sur le bord externe de l'ongle, 18 fois sur le bord interne et 7 fois sur les deux bords à la fois. Dans les autres cas, le bord n'a pas été noté avec précision.

(1) Voir la *Gazette médicale*, nos 13, 14, 15, 17, 18, 21, 22 et 25, 1893.

poste qu'il ne résigna jamais, même lorsqu'il devint académicien, cumul rare de nos jours. C'était un homme aimable, artiste à ses heures, d'un dévouement professionnel dont il a doué de nombreuses preuves; il avait été démonstrateur d'anatomie au Val-de-Grâce, où il eut pour élèves, les chirurgiens militaires les plus connus de son temps, mais il laissait un fils qui, comme lui, après une longue et honorable existence, devait être affectueusement regretté de tous ses collègues et de ses nombreux amis:

Charles de Villiers, né à Paris, le 22 juin 1812, fit d'excellentes études littéraires au collège Henri IV. Il était comme son père très artiste, mania de bonne heure le crayon avec une grande habileté, était doué d'une jolie voix, dont il savait se servir et s'il n'eût écouté que ses goûts, il serait devenu peintre ou musicien. Mais ainsi qu'on l'a vu, il était d'une famille de médecins, on ne cessait de le lui rappeler et il se décida bientôt pour la médecine militaire qui pouvait lui permettre aisément les voyages...et les croquis, ajoutait-il finement.

La plupart de ses collègues ont appris seulement le jour de ses obsèques, que Charles de Villiers avait été nommé chirurgien élève du Val-de-Grâce le 7 septembre 1831, sous-aide, attaché à l'hôpital militaire de Calais, le 9 juillet 1832; passé sur ses demandes réitérées, — on le trouvait trop jeune, — à l'hôpital d'instruction de Strasbourg le 21 novembre 1834, prosecteur au concours et lauréat de cet hôpital; nommé le 7 novembre 1836 à Paris et envoyé aussitôt en Algérie, où il fit la campagne de 1837 1838. — A la suite de fatigues excessives, il demanda à rentrer en France pour y passer sa thèse de doctorat, était attaché au 7e lanciers, reçu docteur le 9 juillet 1838 et nommé aide-major le 3 août suivant. Mais il donnait de suite sa démission et il rentrait dans la médecine civile, le 3 septembre 1838.

Sa thèse: de l'*hystérotomie après la mort de la mère*, témoignait d'une saine érudition, elle allait être suivie d'excellents travaux, marqués au coin d'une observation sagace et d'un esprit et d'une méthode scientifiques peu communs encore

L'adolescence a été la cause prédisposante principale. En effet, de 15 à 20 ans nous avons compté 71 cas

de 20 à 25	—	22 —
de 25 à 30	—	10 —
de 30 à 35	—	3 —
Au-dessus de 35	—	5 —

Chez 7 malades, aucune opération ne m'a paru nécessaire. Ils ont été soignés par le refoulement du bourrelet avec du coton et une bandelette de diachylon. Quelquefois le bourrelet a été touché avec la solution de perchlorure de fer.

104 malades ont été opérés par le procédé suivant: anesthésie du gros orteil par le mélange réfrigérant, les pulvérisations d'éther ou la cocaïne. Une seule fois j'ai eu recours à l'anesthésie chloroformique. Arrachement de l'ongle soit dans sa totalité, soit dans le segment correspondant au bourrelet incarné. Limitation, par une incision avec le bistouri, de toute la portion du bourrelet et de la matrice de l'ongle qui doit être excisée. Excision radicale de tous ces tissus. Pansement antiseptique.

Dans quelques cas rares, au lieu d'exciser le bourrelet avec l'instrument tranchant, je l'ai cautérisé avec le thermocautère ou à pâte de chlorure de zinc. Mais ce procédé est plus douloureux que l'excision sanglante, et j'y ai renoncé.

Lorsque l'incarnation existait sur le bord interne et sur le bord externe de l'ongle, l'opération a été double.

Aucun accident n'a été observé dans toutes ces opérations d'ongle incarné.

La durée moyenne du séjour à l'hôpital a été de quinze jours.

XXI. — *Ongle difforme.*

1 cas, — 1 femme, 1 opérée, 1 guérie.

J'ai observé beaucoup d'ongles difformes causés par la goutte, le tabès, l'arthritisme. Mais je n'ai observé qu'un seul cas dans lequel j'ai dû faire une opération.

Obs. 62. — M... (Victoire), âgé de 67 ans, exerçant la profession de journalière, entre à la Pitié le 31 juillet 1891, pour une difformité de l'ongle du 2e orteil droit. Les ongles de tous les autres orteils sont normaux. Mais celui du 2e orteil est allongé, hypertrophié, contourné sur lui-même comme une corne de bélier. Il occasionne des douleurs et empêche la malade de se chausser. Il est même étonnant qu'elle ait attendu plusieurs années avant de s'en faire débarrasser.

L'ablation de cet ongle a été très facile, car il était peu adhérent. Il a suffi de le saisir avec une pince et de lui imprimer un moment de torsion.

La malade sortait le 4 août.

XXII. — *Orteil en marteau.*

4 cas. — 4 hommes, 3 opérés, 3 guéris, 1 non opéré.

L'orteil en marteau est une déformation moins rare que ne l'indique notre statistique. Il passe ordinairement inaperçu, parce que les patients le supportent, croyant n'avoir qu'un cor qu'ils coupent et traitent. Mais il y a des cas où il est nécessaire d'opérer cette déformation de l'orteil.

Les chaussures trop étroites et trop courtes jouent un rôle considérable dans la production de l'orteil en marteau. Cependant il est probable que la chaussure défectueuse a simplement rendu apparente une malformation primitive du squelette des phalanges.

Obs. 63. — Le nommé D... (Pierre), âgé de 21 ans, mégissier, entre le 10 juin 1891, pour la déformation dite orteil en marteau, siégeant à la fois aux deuxièmes orteils droit et gauche. Il existait des cors très douloureux sur la saillie dorsale formée par l'inflexion angulaire de ces orteils.

Le 13 juin, chloroformisation. Deux incisions courbes circonscrivent le durillon et ouvrent en même temps l'articulation phalango-phalanginienne de l'orteil droit. La portion de peau, ainsi circonscrite, étant enlevée avec le durillon qu'elle supporte, je fais saillir les extrémités articulaires, et je les résèque avec une pince coupante. Je ferme ensuite la plaie avec trois points de suture et j'immobilise l'orteil redressé.

La même opération est faite séance tenante sur le deuxième orteil gauche.

Guérison sans accident. Les orteils opérés jouissent de leurs mouvements. Ils sont seulement raccourcis.

L'opéré quitte l'hôpital le 7 juillet.

Obs. 64. — Le nommé L... (André), garçon de marchand de

---

dans les mémoires d'obstétrique du commencement du siècle. Nous rappellerons ses *Nouvelles recherches sur la membrane hymen* et son mémoire sur la *Valeur des signes fournis par l'auscultation dans le diagnostic des présentations et positions du fœtus.*

Sur ces entrefaites, Charles de Villiers se maria. Sa jolie voix de ténor, comme il se plaisait à le raconter, lui avait ouvert la porte de plusieurs salons connus. On faisait de la musique un peu partout, chez M. Arago, comme chez M. Orfila. Admis dans celui de la famille Mirault, famille d'administrateurs et de littérateurs philanthropes, et quoique amateurs, excellents artistes, notre digne confrère y rencontra celle qui devait être la compagne dévouée de toute sa vie et qui n'a cessé de l'entourer jusqu'à son dernier jour de soins touchants... mais Mme de Villiers ne me permettrait pas d'insister.

Les communications de M. de Villiers aux sociétés médicales dont il était membre, et à l'Académie de médecine, devinrent fréquentes. Plusieurs mémoires sur *les maladies de la membrane cardiaque* et *sur les maladies de l'œuf humain*, avaient été remarqués et sa nomination de chef de clinique d'accouchement de la Faculté en 1845 ne surprit personne. Très ponctuel, d'un caractère doux, bon observateur, il se trouvait placé sur un excellent théâtre; aussi Paul Dubois le considérait-il comme l'un de ses meilleurs chefs de clinique, et l'élève devint l'ami du maître, qui, jusqu'à ses derniers moments le recommandait et lui confiait des malades. Son labeur pendant ses deux années de clinicat est considérable; il a rédigé, jour par jour, près d'un millier d'observations méthodiquement classées, appuyées d'un nombre important de dessins et d'aquarelles, le tout de sa main. Un certain nombre de ces observations lui ont servi pour ses travaux publiés, ses multiples occupations ne lui ont pas permis d'utiliser les autres. Nous en dresserons le catalogue.

En 1847, il est l'auteur, avec le sympathique M. Regnauld, agrégé alors, professeur honoraire aujourd'hui, d'un travail

vins, âgé de 19 ans, entre le 22 avril 1891, salle Broca, n° 9, dans le service de M. Polaillon.

Aucun antécédent pathologique. Il y a deux mois environ, ayant porté, dit-il, des bottines trop courtes et trop étroites, un durillon s'est formé peu à peu sur la face dorsale du petit orteil droit. Ce durillon gênait la marche et entraînait une légère claudication du pied correspondant. Les troubles fonctionnels ont augmenté progressivement et le malade se décide à entrer à l'hôpital.

On constate la déformation suivante: sur le petit orteil droit, la phalange est en extension légère sur le métatarsien; la phalangine est fléchie à angle presque droit et se trouve subluxée sous la phalange; la phalangette est en continuité directe avec la phalangine. Sur la saillie formée par l'articulation de la première et de la deuxième phalange, on constate l'existence d'un durillon au centre duquel se trouve une petite ulcération légèrement suintante. La deuxième phalange est ankylosée sur la première.

Le petit orteil gauche présente également une légère flexion de la phalangine et un durillon au niveau de l'articulation phalango-phalanginienne; mais celle-ci n'est pas ankylosée et les troubles fonctionnels sont nuls. Les autres orteils ne sont pas déformés. Il n'y a pas d'affection semblable dans la famille.

Opération le 28 avril. Le pied est préalablement lavé et recouvert d'une compresse phéniquée; le malade est endormi.

M. Polaillon circonscrit le durillon par deux incisions curvilignes. Un coup de bistouri dirigé transversalement ouvre l'articulation et fait saillir l'extrémité antérieure de la phalange. A l'aide d'une pince coupante, on en résèque une partie, en ayant soin d'entamer davantage le côté dorsal que le côté plantaire. On résèque ensuite une très minime portion de l'extrémité correspondante de la phalangine. Trois points de suture au crin de Florence réunissent transversalement la peau. On ne place pas de drain. L'orteil est ensuite enveloppé de gaze iodoformée et le pied tout entier enfermé dans un pansement antiseptique.

Les suites de l'opération sont bonnes. Mais le malade, indocile, se lève une partie de la journée. Apyrexie complète.

Pansement le 5 mai, huit jours après l'opération. La réunion est complète, sauf en un point où il s'est fait un léger écoulement sanguin dû à ce que le malade a marché. On enlève les crins.

Nouveau pansement le 10 mai. La guérison est complète, l'orteil est rectiligne.

Le 19 mai, le malade est envoyé à Vincennes.

XXIII. — *Pieds bots.*

1° *Valgus douloureux ou tarsalgie des adolescents.*

27 cas { 18 hommes, 18 améliorés ou guéris / 9 femmes, 9 — — } 0 mort.

Presque tous les malades exerçaient une profession qui les obligeait à rester debout et à marcher une grande partie de la journée. Les hommes étaient garçons de café, de marchands de vins ou garçons d'épiciers ou de pâtissiers, apprentis de commerce, télégraphistes; les filles étaient blanchisseuses, domestiques, employées pour faire des courses chez des modistes ou des commerçants.

Après la profession, la cause principale du valgus douloureux est le jeune âge. Parmi nos 27 malades, 19 avaient de 15 à 17 ans, 5 de 17 à 20 ans; 3 seulement avaient dépassé 20 ans.

Ainsi donc la station debout et la marche prolongées chez les adolescents, c'est-à-dire à un âge où le squelette du pied est en voie de développement, affaissent la voûte plantaire et produisent une entorse médio-tarsienne chronique. De là des douleurs, des contractures musculaires, en particulier des muscles péroniers, et une déformation du pied caractérisée par l'effacement du creux plantaire, par l'abaissement du bord interne du pied et par le renversement en dehors du bord externe. Il se produit ainsi un pied plat accidentel, qui disparaît pendant le repos de la nuit, mais qui devient permanent, si le jeune malade n'est pas soustrait aux causes de la déformation.

Le pied gauche, qui appartient au membre dont le développement et la musculature sont le moins complets, a été le plus souvent affecté (10 fois); tandis que le pied droit a été plus rarement pris (2 fois). Mais il est arrivé assez souvent (9 fois) que les deux pieds soient atteints en même temps; et, dans ce cas, c'est généralement le pied gauche qui est le plus déformé.

---

considérable sur les *hydropisies chez les femmes enceintes*, dont une partie seulement a été publiée, ainsi que je l'indique plus loin.

En novembre 1849, M. de Villiers entrait à la Compagnie du chemin de fer de Paris à Lyon, en qualité de médecin, au moment où les grandes compagnies allaient organiser leur service médical. Nul n'était plus apte que lui à ces fonctions importantes qui exigent non seulement du savoir médical, mais encore une notoriété réelle, et des qualités d'administrateur. Aussi fut-il nommé bientôt, le 1er janvier 1854, médecin principal, et médecin en chef le 1er octobre 1865. Son esprit conciliant et droit devait lui attirer la sympathie de tous et il devenait facilement l'ami du personnel médical dont il était le chef. C'est ainsi qu'il a fondé en 1883 une caisse de retraites pour les médecins de la Compagnie; cette société de secours mutuels qui comprend tous les médecins (en ce moment 320) possède déjà une centaine de mille francs. Aussi lorsque l'excellent de Villiers prit sa retraite en 1890, ses confrères lui témoignaient leurs regrets et leur affection, en se cotisant pour lui offrir le magnifique groupe en bronze que l'on a toujours vu dans son cabinet de travail et sur lequel, pendant ses souffrances, ses yeux se dirigeaient volontiers.

Ses qualités d'observateur que j'ai déjà rappelées l'incitèrent à publier plusieurs ouvrages sur les maladies des employés et ouvriers des chemins de fer. Ces ouvrages sont les premiers publiés sur la matière et renferment des renseignements précieux pour l'étude des maladies professionnelles et leur hygiène spéciale.

On verra, en lisant la liste de ses travaux, placée à la suite de cette notice, que les fonctions administratives importantes confiées à M. de Villiers ne lui enlevaient rien de son activité scientifique. De plus, la question de la mortalité excessive des nourrissons venait d'être soulevée en France et préoccupait tous les esprits. M. de Villiers, ancien chef d'une clinique spéciale, accoucheur très répandu, longtemps médecin des bureaux de bienfaisance et de dispensaires charitables, prit une

La durée moyenne du séjour à l'hôpital a été de quarante-sept jours. Mais ce temps ne suffit pas pour guérir la tarsalgie des adolescents. Presque toujours les malades sortaient avec un appareil pour garder le repos chez eux.

Notre traitement a consisté à prescrire le repos sans marcher, à faire des frictions, des massages et des électrisations sur le pied et la jambe, à immobiliser le membre dans une bonne position; plus tard, à faire porter des chaussures soutenant le creux plantaire par un relief de la semelle.

2° *Pied bot hystérique.*

10 cas { 4 hommes, 2 guéris, 2 améliorés.
6 femmes, 5 — 1 —

Sous le nom de pied *bot hystérique*, je comprends les déformations du pied, qui sont produites par une contracture permanente des muscles de la jambe et du pied, et qui surviennent chez des hystériques ou chez des sujets à tempérament hystérique.

Une contusion de la jambe (4 cas, obs. 66 et 67)), une entorse tibio-tarsienne (2 cas), une arthrite du gros orteil (1 cas). un durillon très douloureux du gros orteil (1 cas), ont été les causes déterminantes de la contracture. Dans 2 cas, chez des femmes, hystériques avérées, la contracture ne reconnaissait aucune cause appréciable (obs. 65).

Presque tous les malades étaient jeunes et n'avaient pas dépassé 24 ans. Deux malades seulement avaient l'un, homme, 45 ans, l'autre, femme, 47 ans.

Le pied bot équin, qui s'est combiné le plus souvent avec un varus plus ou moins prononcé, a été observé 8 fois; ce qui revient à dire que c'est la contracture des muscles extenseurs qui a été la plus fréquente. 2 fois seulement le pied bot appartenait à la variété du pied bot talus (obs. 68); et, dans ces cas, la contracture affectait le jambier antérieur et les muscles fléchisseurs du pied.

7 malades ont été soumis à l'électrisation, 4 ont guéri. Chez le 5e malade il a fallu ajouter à l'électrisation le bromure de potassium à dose élevée pour obtenir la guérison. Chez les 6e et 7e malades l'électrisation a échoué.

L'aimantation ne m'a donné aucun résultat.

La suggestion pendant le sommeil hypnotique chez une jeune fille de 16 ans, très hystérique, paraît avoir procuré la guérison. Mais cette jeune fille était restée soixante-sept jours dans le service, et le repos pourrait bien avoir eu autant de part à la guérison que les impressions suggestives.

Les 2 malades qui avaient résisté à l'électrisation, ont été soumis, l'un, au redressement pendant la chloroformisation, l'autre à des sections tendineuses puis à une immobilisation du pied. Ils n'ont été qu'améliorés.

La durée du traitement par l'électrisation a été de quatorze jours.

Obs. 65. — *Pied bot hystérique.* — G... (Clémence), âgée de 16 ans, exerçant la profession de repasseuse, entre le 7 septembre 1881. Son pied droit est dans l'attitude du pied bot équin varus, et cette déformation est survenue sans cause. Par des pressions et par des efforts avec les mains, je cherche à modifier cette attitude, sans pouvoir y parveuir. Tous les muscles de la jambe sont contracturés, et la prédominance des extenseurs sur les fléchisseurs produit l'état d'extension forcée. Il n'y a aucune lésion des os ni des articulations du pied. La contracture des muscles est survenue sans cause locale appréciable.

Mais on a affaire à une jeune fille qui a des attaques d'hystérie. Toute la moitié droite du corps est insensible, notamment la moitié droite du voile du palais et de la langue. Il y a de la dyschromatopsie à droite.

L'aimantation des muscles de la jambe, avec un puissant aimant prêté par mon collègue le Dr Dumontpallier, échoue complètement. L'électrisation rend la contracture moins intense, mais ne la fait pas disparaître. J'ajoute aux séances d'électrisation le bromure de potassium à la dose de trois grammes par jour. Au bout de dix-neuf jours de ce traitement, la contracture des muscles de la jambe cesse, le pied droit reprend la position naturelle, et la malade peut marcher sans la moindre gêne. Mais la dyschromatopsie et l'hémianesthésie persistent à droite.

J'ai lieu de croire que la guérison du pied bot hystérique a été définitive, car cette jeune malade, qui devait revenir à la Pitié dans le cas d'un retour de sa contracture, n'a pas été revue.

Obs. 66. — *Pied bot équin varus par contracture traumatique des muscles de la jambe* (publiée par M. Barbier *in* Bul. de la Société clinique de Paris, t. VIII, p. 151, 1884). — Le nommé de L... (Paul-Louis), âgé de 22 ans, exerçant la profession d'écuyer à l'Hippodrome, entre dans mon service le 18 février 1884, salle Broca, n° 29.

La veille de son admission, il fut renversé par une voiture de place, dont les roues lui passèrent sur les jambes et en particulier sur la jambe gauche. Soit à la suite de l'émotion produite par l'accident, soit que déjà les contractures se soient manifestées à ce moment, il ne put marcher pour rentrer chez

---

part active aux discussions académiques de 1868 et 1869. Mais l'armée terrible vint arrêter l'étude des projets législatifs dont l'Académie de médecine s'était faite l'initiatrice et M. de Villiers dut reporter son activité vers le service du transport des blessés confiés à la grande Compagnie dont il était le premier fonctionnaire médical. Il a fait connaître à cette occasion plusieurs appareils et brancards ingénieux et publié un mémoire intéressant sur *l'organisation des secours aux blessés et malades des armées* du chemin de fer de Paris à Lyon.

Dès 1871, la commission de l'hygiène de l'enfance était organisée à l'Académie, M. de Villiers en fut nommé le rapporteur et jusqu'en 1890, c'est-à-dire, pendant vingt ans, il n'a cessé de lui apporter son concours le plus actif. Jusqu'à cette date, tous les rapports annuels sont de lui, et il faut avoir eu dans les mains les manuscrits et imprimés, les dossiers des enquêtes demandées, les pièces officielles et privées, adressées chaque année à cette commission pour se rendre compte du labeur immense qui incombe au rapporteur. M. de Villiers, que ce travail captivait, y consacrait la plus grande partie de ses veilles et ses rapports annuels contiennent une quantité considérable de renseignements réunis et commentés qu'on ne saurait trouver ailleurs. Personne ne sait mieux que nous la quantité de documents antérieurs que notre excellent ami, nous priait de rassembler, afin d'être bien au courant de ce qui avait été dit avant lui, sur tous les sujets qu'il était obligé d'examiner au nom de la commission. Fort instruit il savait fort bien l'anglais, l'italien et l'espagnol, mais d'allures modestes il ne fit jamais parade de son instruction.

(*A suivre.*) Dr A. Dureau.

lui, et ce n'est que dans la nuit (l'accident étant arrivé assez tard dans la soirée), qu'il s'aperçut de la déformation de son pied gauche, telle qu'elle se présente aujourd'hui.

L'attitude du membre atteint se caractérise en deux mots : c'est un pied bot varus équin très accentué. L'extension et la rotation du pied sont tellement prononcées, que l'astragale est subluxé et que la tête de cet os fait une saillie notable à la partie antérieure du cou-de-pied. La voûte plantaire est plus concave qu'à l'état normal. Les orteils sont fortement étendus sur le dos du pied.

Le pied n'est pas absolument fixe dans sa position extrême. De temps en temps l'attitude semble se relâcher ; mais, soit spontanément, soit à l'occasion d'un mouvement ou de toute autre excitation, le pied reprend sa position vicieuse, exagérée, après une série de contractions successives, et comme par sauts.

Tout effort, tenté dans le but de redresser le membre, occasionne des douleurs intolérables et sans résultat aucun. A la suite de ces tentatives le pied est fixé au maximum de déplacement.

Lorsqu'on fait lever le malade, il est facile de s'apercevoir que la marche est presque impossible ; le poids du corps repose sur la pointe du pied et sur la partie antérieure de son bord externe.

Il n'existe ni ecchymose, ni trace de contusion sur la peau de la jambe. Une douleur vive, que l'on provoque par la pression au-dessous de la tête du péroné, la présence sur le côté externe de la jambe d'une zone d'anesthésie, pourraient faire songer à une fracture directe de la partie supérieure du péroné, fracture dont les fragments auraient lésé le nerf sciatique poplité externe; mais l'examen attentif du malade éloigne cette hypothèse. Une paralysie ou une excitation du nerf sciatique poplité externe ne produirait pas, en raison de sa distribution anatomique, l'aspect spécial que présente le pied. Les muscles antérieurs de la jambe et le soléaire, peut-être le jambier postérieur, sont seuls intéressés ; les péroniers latéraux, comme nous le verrons, sont intacts.

On constate, d'ailleurs, qu'il existe au devant de la tête de l'astragale, sous la peau violemment tendue qui la recouvre, un filet nerveux, le nerf musculo-cutané, dont les fonctions sensitives sont exaspérées. Le moindre contact suffit pour déterminer une douleur très vive, et, phénomène capital, la contracture semble être plus rigide après chaque excitation. L'interligne articulaire tibio-tarsien est également très douloureux. Il en est de même des faisceaux fibreux périarticulaires. L'entorse permanente que subit l'articulation, du fait de la contracture, explique suffisamment ce phénomène, du reste plus marqué à la partie externe.

L'exploration électrique vient confirmer ce qu'on supposait déjà au sujet de l'état des muscles cités plus haut. Quel que soit le mode d'électrisation, galvanique ou faradique, *ils ne réagissent pas*. Par contre l'excitation portée sur les péroniers latéraux donne les résultats suivants : rotation du pied en dehors, jusqu'à un degré voisin de la position normale, hormis l'extension qui persiste. Mais dès qu'on cesse d'appliquer les électrodes, le pied bot se reconstitue.

Après avoir essayé, mais en vain, de ramener le pied à sa position, le malade étant éveillé, M. Polaillon renonce à ces tentatives extrêmement douloureuses, et le 21 février, le malade est soumis aux inhalations de chloroforme. A peine la période de résolution commence-t-elle, que le pied, jusque-là maintenu en rigidité presque absolue, retombe inerte. La contracture a cessé, brusquement, d'un seul coup. Les mouvements provoqués se font sans roideur aucune. De plus, il n'y a ni mobilité anormale, ni crépitation qui puisse faire soupçonner une fracture de l'extrémité supérieure du péroné.

On applique alors une attelle plâtrée en étrier, maintenant solidement le pied dans sa position normale.

L'appareil fut bien supporté, à part quelques douleurs vagues dans le mollet.

Le 11 mars (dix-huit jours après), on enlève l'appareil plâtré, et l'on voit se reproduire avec les mêmes caractères les contractures du début. Rien n'est changé au tableau ; peut-être la pression est-elle moins douloureuse au-dessous de la tête du péroné.

Après quelques jours d'expectation, pendant lesquels l'attitude du membre n'a pas varié, on remet un deuxième appareil, en y ajoutant une attelle plantaire. Le malade a été de nouveau chloroformé et, de nouveau, la contracture a cessé dès la période de résolution.

Le 1er avril, le malade voulut quitter l'hôpital. Il sortit avec son appareil.

L'observation serait forcément incomplète, si quelques temps après, il n'avait pris lui-même la peine de nous écrire. La contracture avait persisté encore un certain temps, puis environ quinze jours après sa sortie de l'hôpital, elle avait brusquement disparu sans laisser de traces.

Comme antécédent, il nous a affirmé n'avoir eu aucun accident nerveux. Mais c'est un individu à intelligence peu développée; en outre, il est facile de s'apercevoir que c'est un individu fatigué, et il est probable qu'il se livre à des excès alcooliques ou autres.

(*A suivre*).

PATHOLOGIE MÉDICALE

ÉTUDE SUR LE BRIGHTISME. BRIGHTISME GOUTTEUX; SYPHILO-BRIGHTISME ; CHLORO-BRIGHTISME (1),

Par M. DIEULAFOY.

Suite et fin (1).

IV

J'arrive maintenant aux relations de la chlorose et du brightisme. Cette association, sur laquelle mon attention est éveillée depuis bien des années, je l'ai décrite sous le nom de *chloro-brightisme*. Mais, pour éviter tout malentendu, posons nettement la question.

Sous la dénomination de chloro-brightisme je ne fais nullement allusion à ces malades, jeunes femmes ou filles, chez lesquelles le brightisme, surtout quand il est associé à la syphilis, est accompagné d'une anémie plus ou moins considérable ; la description du chloro-brightisme, dans mon idée, doit s'adresser aux malades, femmes ou filles, qui présentent les symptômes, les attributs, le masque de la chlorose, la teinte caractéristique du visage la décoloration de la peau et des muqueuses, les troubles utérins de toute espèce, dysménorrhée, aménorrhée, leucorrhée, ménorrhagies ; les essoufflements et les palpitations à tout

(1) Voir la *Gazette médicale*, n° 27, 1893.

propos ; les troubles dyspeptiques avec ou sans anorexie ; symptômes accompagnés de souffle au cœur et aux vaisseaux, de diminution parfois considérable du nombre des globules rouges, d'abaissement de la valeur globulaire.

Je pense qu'en pareil cas il n'y a pas d'erreur possible sur l'interprétation des faits, et, quelle que soit l'idée théorique qu'on adopte sur la pathogénie de la chlorose, on peut affirmer je crois que tout sujet présentant les symptômes que je viens d'énumérer est bien un chlorotique ou un chloro-anémique.

Eh bien! bon nombre de ces chlorotiques sont en même temps des brigtiques ; je vais essayer de démontrer la vérité de ce que j'avance en appuyant ces considérations sur une trentaine d'observation, la plupart recueillies à l'hôpital dans mon service, mais je vais d'abord, par un exemple, montrer sous quelle forme se fait l'association du chloro-brightisme :

On est mandé dans une famille, au sujet d'une jeune fille de 15 à 20 ans qui, depuis quelque temps déjà, attire l'attention de ses parents par des symptômes manifestes de de chloro-anémie. La mère présente sa fille et le dialogue suivant s'établit entre la mère et le médecin :

Voyez, Monsieur, comme cette enfant est pâle et décolorée, elle a un teint de vieille cire, voyez ses mains, ses lèvres, ses gencives, on dirait qu'il n'y a plus de sang. — En effet, Madame, c'est bien là l'apparence de la chloro-anémie. — Elle n'est plus réglée depuis quatre mois, continue la mère de la jeune fille; elle a été prise d'une perte il y a plusieurs mois et, depuis lors, ses règles n'ont plus reparu ; par exemple elle a des flueurs blanches, ce qui la fatigue énormément. — Oui, madame, c'est bien l'effet de la chlorose. — Et son appétit, Monsieur! elle ne mange rien, elle n'a de goût que pour la salade et les mets vinaigrés: aussi voyez comme elle a dépéri. — C'est vrai, Madame, c'est ainsi chez les jeunes filles chlorotiques. — Un rien la fatigue, elle ne peut ni marcher vite, ni monter un étage sans éprouver de l'oppression, de l'essoufflement, des battements de cœur. — C'est la chlorose. — Elle a sans cesse des maux de tête, des névralgies, des vertiges. — C'est la chlorose. — On l'a auscultée, comme vous allez le faire, et on a dit qu'elle a des bruits de souffle. — C'est la chlorose. — On a examiné son sang et on a trouvé que le nombre des globules rouges a diminué de moitié. — C'est la chlorose. — Souvent, elle a les yeux bouffis, les jambes gonflées. — C'est la chlorose.

Et ce dialogue, qui rappelle un peu le dialogue de Toinette et d'Argan dans le *Malade imaginaire*, ce dialogue se termine par cette question de la mère : Mais enfin, quel traitement donnerez-vous pour guérir cette chlorose ? — Votre fille; Madame, a besoin de viande saignante, de pulpe de viande crue, de bons bouillons concentrés, de jus de viande, de gelées, de vins généreux, d'extrait ce quinquina, de vin de quinquina, de préparations ferrugineuses, arsenicales, et nous arriverons à triompher de cette chloro-anémie.

Mais avant même la fin de cette consultation, on a été interrompu. Ce n'est pas la peine, vous dit-on, de nous indiquer encore ce traitement, voilà dix fois qu'on l'a conseillé, et chaque fois, il a dû être abandonné, ma fille étant plus malade dès qu'elle le recommençait.

Et en effet ce traitement n'avait aucune efficacité, il était même fort mal toléré, parce que la malade en question n'est pas seulement une chlorotique, elle est surtout une chloro-brightique. Qu'on l'interroge avec soin dans le sens du brightisme, et on verra que depuis plusieurs mois, elle se relève deux, trois fois la nuit pour uriner, elle a des crampes dans les mollets ; elle a souvent éprouvé la sensation du doigt mort, elle a des secousses électriques, la cryesthésie date chez elle de longtemps, elle ne peut arriver à se réchauffer les genoux et les pieds ; elle a souvent de légères épistaxis matutinales, ses urines ont une faible toxicité. En un mot, cette jeune chlorotique est en même temps une brightisme. Cette céphalée qu'on avait mise sur le compte de la choro-anémie pourrait bien être brightique; ces œdèmes des paupières, du visage, des jambes, qu'on avait mis sur le compte de sa chloro-anémie, pourraient bien être brightiques. Chez cette jeune fille, c'est le brightisme qui domine.

Et si je suis aussi affirmatif dans mes conclusions sur le chloro-brightisme, c'est que je vais vous présenter une trentaine d'observations, où nous allons voir le chloro-brightisme évoluer sous toutes ses formes; souvent sans albuminurie, parfois avec albuminurie; chloro-brightisme dans lequel échoue complètement le régime tonique et fortifiant de la simple chlorose et dans lequel réussit presque toujours le régime lacté de la maladie de Bright. Car c'est un fait bien digne de remarque que la plupart de ces femmes et de ces filles, atteintes de chloro-brightisme dont les symptômes s'aggravaient plutôt sous l'influence du régime carné, voient leur situation s'améliorer, souvent rapidement, et dans quelques cas complètement, sous l'influence de la cure de lait. Sous l'influence de cette cure, en effet, le teint se colore, les globules rouges augmentent de nombre, leur valeur globulaire s'accentue, les œdèmes disparaissent, l'essoufflement et les palpitations diminuent d'intensité, les forces reviennent, la menstruation tend à se rétablir, on acquiert alors la conviction que des deux facteurs qui entrent dans l'association du chloro-brightisme, c'est le brightisme qui est souvent le facteur le plus important.

Comme il serait fastidieux d'énumérer une à une chacune des observations qui sont pour ainsi dire calquées les unes sur les autres, j'ai préféré les réunir sous forme de tableau que je joins à ma communication.

Dans une première série, il est question de chloro-brightisme sans albuminurie; les petits accidents du brightisme sont associés d'une façon intime aux symptômes de la chloro-anémie.

Dans une deuxième série, il est question de chloro-brightisme avec albuminurie. Nous voyons l'albuminurie apparaître comme un nouveau témoin du diagnostic. Quelques-unes de nos malades ont présenté une albuminurie fugace, passagère, chez d'autres l'albuminurie a été persistante, mais toujours peu abondante.

On peut se demander ce que deviennent à la longue ces chloro-brigthiques et quel sort leur est réservé au point de vue de l'évolution de la maladie de Bright.

Gubler qui avait entrevu très nettement la question et qui avait signalé l'albuminurie chez les chlorotiques ou du moins chez des femmes qui avaient toutes les apparences de la chlorose, Gubler s'était demandé si cet état, composé de chlorose et d'albuminurie, ne pouvait pas un jour ou l'autre aboutir à la maladie de Bright.

Je crois pouvoir répondre à ces questions. Dans la très

grande majorité des cas, le chloro-brightisme n'aboutit pas à la maladie de Bright confirmée. Cet état morbide se traduit par les petits accidents du brightisme avec ou sans albuminurie. Dans quelques cas néanmoins, et j'en rapporte quelques observations, le chloro-brightisme a pu aboutir aux graves accidents chloro-urémiques et même à la mort.

Dans une de ces observations il est question d'une jeune fille de 20 ans qui avait été soignée dans mon service pour un chloro-brightisme sans albumine. Elle se marie peu de temps après, la grossesse se fait dans de bonnes conditions sans albuminurie, mais trois jours après l'accouchement la malade est prise de violentes attaques d'éclampsie, attaques d'éclampsie accompagnées d'anurie totale pendant vingt-quatre heures et d'albuminurie les jours suivants. La malade guérit.

Une autre observation concerne une jeune fille soignée pendant deux ans comme chloro-anémique ; les accidents de la soi-disant chlorose augmentant, la vue se trouble et M. Galezowski constate une rétinite brightique ; je vois à mon tour la jeune malade et je constate des accidents chloro-urémiques mortels consécutifs à des accidents chloro-brigthiques qui avaient évolué lentement.

J'ai vu un jour, en consultation, une jeune malade dont l'observation a été rapportée par le Dr Hays. Cette jeune fille était atteinte d'accidents chloro-urémiques mortels avec hémorrhagies multiples, accidents qui avaient débuté, six ans auparavant, par des symptômes de chloro-brigtisme, l'albuminurie n'ayant apparu que quatre ans plus tard.

Ces quelques observations prouvent que le chloro-brightisme, tout bénin qu'il est en général, peut néanmoins dans quelques cas, aboutir à des accidents graves de chloro-urémie et se terminer par la mort.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

TRAITÉ DE CHIRURGIE DE GUERRE, par M. E. DELORME, professeur à l'École d'application de médecine militaire (Val-de-Grâce). T. II complétant l'ouvrage. 1 fort vol. in-8° de 1.000 pages avec 400 gravures originales dans le texte. — F. Alcan éditeur. Paris, 1893.

Nous ne sommes plus à l'époque où l'armée formait une caste dans la nation, où le médecin militaire de profession était seul appelé à exercer la chirurgie de bataille. Aujourd'hui l'armée, c'est la nation tout entière et demain le plus paisible praticien peut être appelé, au poste de secours, à l'ambulance ou à l'hôpital de campagne, à donner ses soins à un blessé dont la poitrine aura été traversée par une balle de nos fusils modernes ou dont la jambe aura été broyée par un éclat d'obus.

La chirurgie de guerre ne saurait donc être considérée comme devant être l'apanage de quelques-uns. Il ne faudrait pas la prendre pour une spécialité et se figurer qu'il appartient à certains de la pratiquer comme d'autres pratiquent la dermatologie, l'oculistique. Ce serait singulièrement oublier que chacun de nous aura à l'heure suprême le périlleux honneur d'assister les défenseurs de son pays et que le moment des regrets pourrait bien survenir pour ceux qui n'auraient pas songé à s'initier pendant la paix aux choses de la guerre.

On aurait pu arguer, il y a quelques années, de la pénurie de la littérature médicale sur ce sujet, à l'époque surtout où il n'existait que le traité vieilli de Legouest et où l'enseignement du Val-de-Grâce, forcément restreint, donnait seul la note vraie des progrès accomplis. Aujourd'hui tout a changé et si les traités de chirurgie d'armée ne se font pas remarquer par le nombre ils se font du moins apprécier par leurs qualités : tel le livre de MM. Chauvel et Nimier, tel surtout l'ouvrage que M. Delorme vient de faire paraître.

Le savant professeur du Val-de-Grâce a accompli ce qu'on peut appeler, en nos temps affairés, une œuvre de bénédictin. Son traité de chirurgie de guerre est un vrai monument élevé à l'étude de cette science qui naît des conflagrations entre peuple.

J'ai, en ce temps et à cette même place, dit tout ce que le premier volume renfermait d'érudition et révélait de profond savoir. On relira avec intérêt ces nombreuses pages où est largement développée l'histoire de la chirurgie militaire française et où se trouve exposée avec le plus grand sens critique l'étude des plaies par armes à feu des parties molles. L'auteur, expérimentateur consommé, a pu traiter des blessures de guerre en se basant sur ses simples recherches sans avoir à recourir aux travaux de ses prédécesseurs ou de ses contemporains.

Le second volume terminant l'ouvrage, dont je me propose aujourd'hui de rendre plus particulièrement compte, est consacré aux lésions des os par les armes à feu, aux blessures des régions et au service de santé en campagne.

L'étude des traumatismes des os par les armes de guerre est peut-être la plus intéressante de celle que comporte la chirurgie d'armée. La fréquence avec laquelle on observe ces blessures, leur caractère spécial, leur gravité, la multiplicité et l'importance des interventions qu'elles réclament, la durée et la difficulté de leur cure, enfin la part considérable dévolue au chirurgien dans les succès obtenus, forcent ce dernier à porter sur elle une attention particulière. Mieux qu'on ne l'avait fait avant lui M. Delorme a pu fixer par de très nombreuses expériences les caractères anatomo-pathologiques des principales de ces lésions et démontrer que si les transformations récentes des armements ont modifié leur caractère la méthode antiseptique, en changeant leurs processus, a bouleversé ce qu'une longue observation avait appris sur leur pronostic, sur leur traitement et sur les accidents auxquels elles peuvent donner lieu.

Quelques pages consacrées à l'étude des explosifs précèdent un très utile résumé d'ordre administratif par lequel l'auteur clôt son traité ; là se trouvent tous les renseignements nécessaires sur le service de l'avant, postes de secours, ambulances, hôpitaux de campagne ; sur le service de l'arrière, hôpitaux d'évacuation, différents moyens de transport, voire même ce qui a trait aux diverses sociétés privées de secours aux blessés.

J'ajouterai qu'en raison des transformations continuelles de l'armement dans les divers pays, l'auteur a dû, dans un dernier chapitre, mettre sous forme d'addenda les questions les plus importantes que pouvaient soulever les derniers progrès accomplis.

NOUVEAUX ÉLÉMENTS DE CHIRURGIE OPÉRATOIRE, par M. V. CHALOT, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Toulouse.— Un vol. in-18 de 984 pages. — Deuxième édition corrigée et très augmentée avec 665 figures dans le texte. — O. Doin, éditeur, Paris, 1893.

Les progrès de la chirurgie exigent une mise au point assez

fréquente des traités didactiques, surtout de ceux qui s'occupent plus particulièrement de l'action opérative. Les interventions se modifient sans cesse, certains procédés sont abandonnés, d'autres repris, d'autres enfin créés. M. Chalot devait à ses lecteurs à ses élèves et à lui-même de tenir son livre à hauteur de la science chirurgicale contemporaine. Il suffit de parcourir la deuxième édition de ses nouveaux éléments pour voir qu'il n'y a pas manqué. Aussi peut-il être certain que le succès assuré à la première édition le sera d'autant plus à la deuxième qu'un ouvrage conçu dans le même genre et avec la même ampleur manquait à la littérature chirurgicale tant française qu'étrangère.

On y trouve, en effet, la description de toutes les opérations qui sont, à l'heure actuelle, entrées dans la pratique. Depuis les incisions, les sutures jusqu'à la technique de la symphyséotomie, de la cholécystotomie, de l'hystérectomie, de l'hystéropexie en passant par les procédés anaplastiques, les ligatures, la transfusion veineuse et l'injection intra-veineuse de sérum artificiel, la ténotomie, la myotomie et l'apouévrotomie, la ténorrhaphie et la myorrhaphie, la ténoplastie, la neurotomie et la neurectomie, la neurorrhaphie, l'ostéotomie, la chondrotomie, l'ostéoclasie, les résections cartilagineuses et osseuses, sans oublier la description de la craniectomie, la trépanation, l'évidement, l'arthrodèse, les amputations et les désarticulations, tout y a été traité, clairement précédé où suivi de réflexions motivées par une saine critique. Ajoutons enfin que le livre est complété par la description des opérations qui se pratiquent sur l'appareil visuel et auditif, sur l'appareil respiratoire, le corps thyroïde et le péricarde, sur l'appareil digestif et ses annexes en insistant sur la technique de la laparotomie et sur les interventions qui portent sur les diverses parties de l'intestin.

Les interventions qui ont lieu sur l'appareil génital et urinaire tant de l'homme que de la femme ont été exposées avec le plus grand soin : elles résument les dernières acquisitions de la science chirurgicale.

Inutile de dire qu'un grand sens clinique a toujours présidé à la recommandation que l'auteur fait de telle ou telle méthode, de tel ou tel procédé.

Et ce qui ne gâte rien, c'est que M. Doin a apporté le plus grand soin, ainsi que M. Chalot lui-même se plaît à le reconnaître, à l'exécution matérielle de l'ouvrage.

CH. AMAT.

Notes bibliographiques.

P. BOULLOCHE. — LES ANGINES A FAUSSES MEMBRANES. (Rueff et Cie.) — Étude sur les angines qui revêtent l'apparence de la diphthérie, tout en restant pseudo-diphthéritiques. Bretonneau et Lasègue connaissaient déjà ces angines que la bactériologie permet aujourd'hui de classer et de diagnostiquer. Leur fréquence est considérable et les médecins trouveront dans le traité de M. Boulloche un guide très au courant des dernières acquisitions de la science.

J. ARNOULD. — LA DÉSINFECTION PUBLIQUE. (Rueff et Cie.) — Si l'antisepsie interne me paraît sans avenir, au contraire, la désinfection publique est le plus sûr moyen que possède l'hygiène pour lutter contre les maladies épidémiques et contagieuses. Le livre de M. J. Arnoud est un traité pratique où les médecins et les municipalités trouveront tous les renseignements nécessaires pour assurer cette désinfection : ces renseignements sont groupés sous trois chefs : que faut-il désinfecter? Avec quoi? Comment s'y prendre? Livre excellent sous tous les rapports.

A. R.

BULLETIN

Transmission des tumeurs épithéliales à la souris blanche. — Tétanos. — Lésions hépatiques d'origine infectieuse.

A l'Académie des sciences M. Verneuil a lu, au nom de M. Henri Morau, une note fort intéressante sur ses expériences sur la transmission et l'évolution de certaines tumeurs épithéliales chez la souris blanche. Ces expériences ont duré cinq ans, de 1888 à 1893. En 1888, M. Morau avait eu entre les mains une souris blanche ayant dans l'aisselle droite une tumeur du volume d'une noisette, présentant au microscope les caractères d'un épithélioma cylindrique type. Actuellement ce néoplasme a déjà été transmis à 17 générations de souris. Chez les héréditaires, les tumeurs se produisent encore, mais un peu moins constamment et moins vite qu'au début ; chez les animaux nouveaux et sains, l'inoculation réussit moins vite et moins souvent, comme si le principe inoculable s'était atténué.

A la suite de quelques expériences complémentaires, dont il donne le détail, M. Morau donne à son travail les conclusions suivantes, qui offrent un grand intérêt, car on y trouve la confirmation des faits cliniques et des notions actuelles sur la marche et l'évolution des néoplasmes.

« 1° L'épithélioma cylindrique de la souris blanche est transmissible à des animaux de la même espèce, par inoculation et par ingestion ;

« 2° L'hérédité joue un rôle considérable dans le développement et l'évolution de ces tumeurs ;

« 3° Le traumatisme hâte et favorise leur généralisation ; il en est de même de la gestation et de l'accouchement ;

« 4° Ces tumeurs fabriquent des poisons qui, résorbés par l'organisme, en amènent la détérioration et la cachexie ;

« 5° Elles semblent perdre de leur virulence à mesure qu'elles évoluent chez des animaux nouveaux, mais toujours de même espèce ;

« 6° Tant que ces tumeurs ne sont point ulcérées, elles ne renferment pas de microbes. »

— A la suite de la communication de M. Verneuil à l'Académie de médecine sur le traitement prophylactique du tétanos, communication qui sera rapportée in-extenso dans un des numéros prochains de la *Gazette médicale*, M. Trasbot a ajouté quelques observations d'un très grand intérêt.

M. Verneuil avait établi trois propositions dans son travail : 1° que les plaies à la suite desquelles se manifestent le tétanos peuvent être infectées au moment de leur production ou plus tard ; 2° que ces mêmes plaies peuvent être préservées de l'infection ou désinfectées, et dans l'un et l'autre cas n'être plus compliquées d'accidents tétaniques ; 3° enfin, que la peau du cheval sain peut être tétanifère.

Sur les deux premiers points, M. Trasbot n'a qu'à produire des documents confirmatifs. Depuis qu'il savonne la peau des animaux avant de les opérer, qu'il observe les règles de l'an-

tisepsie et qu'il se sert d'instruments absolument désinfectés, il n'observe plus un cas de tétanos.

C'est sur le troisième point que M. Trasbot apporte quelques faits nouveaux.

« M. Verneuil, dit-il, a prouvé que la peau du cheval en santé peut être tétanifère. C'est là un fait dont il a fourni la démonstration expérimentale et sur lequel il n'y a pas à discuter. Toutefois, je lui demande la permission de lui faire remarquer que le principe mériterait peut-être d'être formulé d'une manière plus large.

En effet, ce n'est pas seulement la peau du cheval qui peut accidentellement recéler le germe du tétanos, mais bien sans doute celle de tous les animaux, dont la fourrure est souillée par le fumier, les poussières et tout ce qui se rencontre dans le milieu où ils vivent. A l'appui de cette manière de voir je citerai une observation dont la valeur probative ne me paraît pas pouvoir être mise en doute.

En sortant de l'Ecole j'exerçai pendant une année la médecine vétérinaire dans un pays où l'on a conservé l'habitude très ancienne de pratiquer la castration des grands et petits ruminants par le bistournage. C'est une opération qui consiste à relever le testicule le long du cordon et à imprimer ensuite à celui-ci deux ou trois tours sur lui-même. Quand la torsion est bien exécutée et maintenue, le testicule s'atrophie. Au bout de quelque temps il ne reste de cet organe qu'une petite masse fibreuse : le tissu glandulaire a entièrement disparu.

Cependant ayant souvent entendu dire que le bistournage était un moyen imparfait dans ses résultats, je voulus user d'un autre. Ayant un jour cinquante et quelques agneaux de 10 mois à châtrer, j'eus recours au fouettage très vanté à cette époque. Il consiste en l'application d'un lien très serré sur le scrotum, au dessus du testicule. La constriction produite ainsi détermina la mortification et l'élimination de tout ce qui se trouve au-dessous, enveloppes, testicule et portion inférieure du cordon. Quatre jours après, appelé à voir les animaux, j'en trouvai 2 pris de tétanos ; puis, les jours suivants, d'autres furent atteints successivement ; en tout, 18 en l'espace d'une semaine. En présence d'un pareil accident, j'étais singulièrement décontenancé. Je débutais et j'avais importé un procédé opératoire à la place d'un autre dont l'innocuité était prouvée depuis un temps immémorial.

Heureusement, l'affaire se passait chez un de mes parents et ne fut pas connue.

D'ailleurs, les animaux étaient en bon état et furent livrés à la boucherie aussitôt atteints. Mais à partir de ce jour je n'ai jamais pratiqué la castration des agneaux que par le bistournage, procédé chirurgical idéal puisqu'il laisse la peau intacte.

A l'époque où ce fait se produisit, je pensai que le tétanos avait été déterminé par l'irritation des nerfs du cordon, sous l'influence de la compression qu'ils avaient subie. Aujourd'hui il me paraît évident qu'il y a eu sur chaque sujet une inoculation directe.

L'agent virulent existant sur la peau, a été introduit dans sa trame par le lieu constricteur au moment où elle commençait à se couper.

Or, ces animaux n'étaient pas sortis de la bergerie, par la raison toute simple que durant les jours qui suivent immédiatement l'opération, ils ne peuvent presque pas marcher.

Il résulte de cette observation, je crois, la preuve que la peau du mouton peut se charger du contage tout aussi bien que celle du cheval. »

— A la Société de Biologie, M. Roger a présenté une note sur les lésions produites dans le foie par l'injection intra-vésicale du *bacillus septicus putridus*.

Dans les cas suraigus où la mort survient en vingt-quatre heures, les altérations sont peu marquées ; on trouve seulement de petits points de thrombose, irrégulièrement disséminés dans les lobules hépatiques.

Les lésions sont bien plus accentuées dans les cas où la survie atteint quatre ou cinq jours. On constate une dilatation considérable des capillaires qui forment un véritable tissu caverneux dont les mailles énormes compriment les cellules hépatiques et leur donnent l'aspect de rectangles allongés.

Les lésions sont surtout localisées au niveau des espaces portes. On y constate une néoformation de canalicules biliaires et des amas de cellules rondes ou fusiformes qui se dirigent vers les espaces voisins.

Ainsi donc un microbe, inoculé à des animaux de même espèce, peut produire dans un même organe des lésions tout à fait dissemblables. Si l'évolution est rapide, on trouve une dilatation énorme des capillaires, des foyers de thrombose, des accumulations de cellules embryonnaires dans les espaces portes. Dans les cas chroniques, on observe soit des nodules irrégulièrement disséminés dans le parenchyme, soit une cirrhose embryonnaire systématique ; enfin on constate la production de nouveaux canalicules biliaires, et ce processus de néoformation est d'autant plus marqué que la survie a été plus longue.

Si, le plus souvent, le processus interstitiel ne peut passer de la phase embryonnaire à la phase scléreuse, il n'en est pas moins démontré qu'une lésion systématique peut être consécutive à une infection.

On peut déduire de ce travail des applications à la pathologie humaine ; un grand nombre de cirrhose doivent en effet avoir pour point de départ une maladie infectieuse antérieure.

R. F.-M.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LE SERVICE MILITAIRE DES ÉTUDIANTS.

La Commission de l'armée ne paraît pas, au Sénat, vouloir faire droit aux légitimes réclamations de la presse médicale. A plusieurs reprises, nous avons étudié la situation faite aux étudiants en médecine par la nouvelle loi militaire; nous avons montré ce qu'elle avait de profondément injuste. On refuse à nos étudiants les dispenses qu'on accorde aux élèves des Écoles normale, polytechnique, centrale, etc. Et cependant, comme le fait remarquer notre confrère M. Lereboullet, de tous les professionnels, les médecins sont les seuls qui, de par la loi et les règlements militaires, devront être, le jour même de la mobilisation, appelés à remplir dans l'armée les fonctions auxquelles les ont préparés leurs études universitaires. Nous ne voulons pas revenir aujourd'hui sur le ridicule d'un projet de loi qui, pendant une année entière, apprend le métier des armes à des étudiants qui, le premier jour de la guerre, doivent être désarmés. Tous nos raisonnements sont suspects, on nous reproche un plaidoyer *pro domo* et nos meilleurs arguments ont été repoussés et sont à la veille de l'être encore,

sous prétexte qu'ils ne visent qu'à faire donner à une catégorie de citoyens des faveurs qu'on refuse à la généralité des autres.

Nous avons déjà fait voir que ces prétendues faveurs étaient indispensables et que l'usage avait vite fait reconnaitre que la loi militaire ne pouvait être appliquée dans toute sa rigueur à tous. De là ces différentes dispenses accordées à certaines catégories d'étudiants.

Si les sénateurs refusent d'utiliser dans l'armée les aptitudes spéciales des étudiants en médecine, c'est probablement que le service de santé militaire jouit d'une organisation si parfaite qu'il lui est inutile de se joindre de nouveaux éléments. Hélas! les choses sont loin d'en être ainsi. Que MM. les membres de la Commission sénatoriale veuillent bien faire comparaitre devant eux les hauts dignitaires du service de santé et qu'ils les interrogent, ils affirmeront qu'à l'hôpital militaire Saint-Martin, un de nos hôpitaux modèles, il n'existe plus d'aides-majors, tout actuellement occupés par le service régimentaire; ils apprendront que les malades de cet hôpital seraient complètement privés du service d'urgence, du service de garde, si l'on n'avait pas détaché d'un régiment de dragons un étudiant en médecine, engagé conditionnel, jouissant encore du privilège de l'ancien règlement militaire. Mais, c'en est fait, les médecins auxiliaires vont disparaitre et l'étudiant en médecine va rentrer dans le rang.

Alors que, dans les régiments, l'étudiant en médecine pourrait seconder le service médical, assurer le service de l'infirmerie, accompagner les bataillons à la cible, à la baignade, dans les promenades, dans les marches, toutes ces corvées incombent à des médecins aides-majors dont le nombre est insuffisant. Aussi, dans la plupart des cas, les règlements du service de santé militaire sont-ils inexécutés, faute de personnel médical suffisant.

Dans un régiment souvent divisé en plusieurs détachements, il n'y a qu'un membre du Corps médical militaire et l'on ne peut exiger de lui qu'il soit partout où le règlement l'exige, car souvent il devrait être à deux endroits différents à la fois. Nous croyons donc que l'incorporation des étudiants en médecine, comme aides-médecins, serait chose utile, indispensable pour l'armée elle-même. Grâce à cette insuffisance numérique des médecins de l'armée active, la loi est constamment violée, parce que, dans certains corps de troupe, des étudiants de deuxième ou troisième année sont appelés à remplir le rôle de médecins.

Mais laissons de côté cette organisation du service de santé militaire en temps de paix. Que va-t-il arriver en temps de guerre? Si la guerre est déclarée, 4 à 5.000 médecins civils vont être appelés pour garnir les cadres du service de santé. Le nombre des médecins de l'armée étant 12 à 1.500, c'est dire que les quatre cinquièmes de nos médecins militaires seront, en temps de guerre, pris parmi l'élément civil. Il n'y aurait rien à dire si le rôle des médecins en temps de guerre se réduisait au rôle de médecin traitant. Mais il n'en est rien. Le médecin, en temps de guerre, est un administrateur autant qu'un médecin, il a sous ses ordres des officiers d'administration des officiers du train des équipages, des hommes de troupe, des infirmiers. Il faut qu'il pourvoie à la subsistance de tout ce monde, qu'il leur assure des vivres, un bivouac; il a le droit de réquisition, etc. En un mot, en temps de guerre, les droits et les devoirs du médecin militaire sont des plus complexes et de plus délicats.

Les médecins civils appelés en temps de guerre connaitront-ils même le materiel qu'ils auront à leur disposition? Evidemment non: que l'on consulte les notes données aux médecins civils après chaque période d'instruction militaire et on verra qu'elles sont toutes unanimes pour constater l'absolue insuffisance des connaissances administratives des médecins de la réserve ou de l'armée territoriale.

On aura beau multiplier les appels et les périodes d'instruction, toujours les mêmes notes confirmeront la même insuffisance. Penser que près de 5.000 médecins, en temps de guerre ne connaitront rien de la tâche qui leur incombe, cela nous paraît mériter d'attirer l'attention de ceux qui ont la charge d'édicter la loi! Pour que l'organisation du service de santé soit parfaite en campagne, il faut que nos médecins incorporés sachent ce qu'ils ont à faire, sans cela on verra se renouveler ces déplorables errements qui ont attristé la campagne de 1870; et, pour arriver à cette instruction professionnelle, il n'est pas trop d'une année. Si la loi nouvelle voulait utiliser, au mieux des intérêts de la nation, les connaissances de nos étudiants en médecine, elle devrait: n'appeler l'étudiant sous les drapeaux qu'après la soutenance de sa thèse, et pendant une année, le préparer au rôle que, médecin militaire, il devra remplir en temps de guerre.

De la sorte, vienne la guerre, nous aurons un service de santé organisé. Tandis qu'actuellement, il l'est insuffisamment; les cadres sont remplis, mais par un personnel médical qui n'est pas à la hauteur de sa tâche.

D'ailleurs, la presse médicale a donné son avis; que le Gouvernement veuille bien consulter le service de santé. Nous connaissons d'avance sa réponse, qui ne peut que confirmer ce que nous venons d'avancer. (*Gazette des hôpitaux.*)

MÉDECINE PRATIQUE

Contre la laryngite striduleuse ou faux-croup.

Chloroforme..................	de V à X gouttes.
Eau........................	28 grammes.
Glycérine..................	4 —

Une cuillerée à café de cette mixture toutes les demi-heures jusqu'à soulagement du malade.

(*Therapeutic Gazette* in *Medical Record*, 15 avril 1893.)

NOTES ET INFORMATIONS

Comité consultatif d'hygiène publique de France. — *Choléra*. Turquie. Le choléra persiste dans le vilayet de Bassorah. La statistique officielle donne une mortalité cholérique de 818 décès du 17 mai au 23 juin, dont 438 dans le vilayet de Bassorah, 309 à Abou-Hussib et à Zobeïr, près de Bassorah.

On le signale toujours dans les localités suivantes: Amara sur le Tigre, Chatra, Korna et dans 5 ou 6 autres endroits. Mais on ignore toujours l'étendue de la maladie parmi les tribus arabes.

La Mecque. Il y a eu à la Mecque, du 8 au 25 juin, 2.201 décès. Dans la seule journée du 26 juin, 490 décès à Minah et 500 à La Mecque; soit, en un seul jour 999 décès; mais, ces chiffres devant être doublés, on obtient un total de 6.000 décès dont environ 2.000 dans une seule journée.

Du 26 juin au 4 juillet 499 décès à Minah, 3.408 à La Mec-

que et 303 à Djeddah. Ces chiffres doivent aussi être doublés.

La perte d'ici un ou deux mois, jusqu'au rapatriement de tous les pèlerins du Hedjaz, dépassera donc encore le chiffre de 15,000 qui avait été indiqué et qui est déjà atteint.

Une dépêche du 1er juillet, de Djeddah, nous apprend que 20.000 pèlerins sont déjà revenus dans cette ville. Le premier navire français devait partir ce jour même.

L'affluence des Hadjis est exceptionnellement considérable cette année. C'est la première fois que l'office de Djeddah a enregistré le chiffre énorme de 93.000 pèlerins débarqués en un an à son échelle au lieu de 50.000 à 60.000. Il est probable que pour les caravanes il y a une augmentation. On peut compter qu'avec les habitants de la Mecque et des environs il se trouve actuellement de 200.000 à 250 musulmans réunis ou mieux entassés autour et dans la ville sainte.

— Nous recevons la lettre suivante :

« Désirant présenter un mémoire sur les « Complications de l'amygdalotomie » au prochain Congrès annuel de la Société médicale de l'État de Louisiane, je serais très obligé à vos lecteurs de me répondre aux questions suivantes :

1° Nombre des cas d'hypertrophie des amygdales opérés;

2° Complications qui ont pu survenir au cours de ces opérations; établir la nature des complications, et le nombre des cas dans lesquels elles ont eu lieu ;

3° Méthode opératoire employée dans les cas où ces complications sont survenues.

En publiant les observations, je ne donnerai point le nom du médecin qui me les aura envoyées, s'il le désire.

Je ferai imprimer séparément l'article que je présenterai au Congrès et l'enverrai aux médecins qui m'auront adressé leurs observations. Adresser les lettres à W. Scheppegrell, M. D., Care of Eye, Ear, Nose and Throat Hospital, New-Orléans, etc. »

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. Clinicat. — Sont nommés : *chef de clinique chirurgicale*, M. Lafourcade; *chef de clinique des maladies cutanées et syphilitiques*, M. Wickham ; *chef adjoint*, M. Gastou; *chef de clinique des maladies nerveuses*, M. Souques ; *chef de clinique obstétricale*, M. Wallich.

Ecole de médecine et de pharmacie d'Alger. — Par arrêté du 3 juillet, M. Caussanel, docteur en médecine, médecin de l'hôpital civil d'Alger, est chargé, pour une nouvelle période de dix ans, du cours complémentaire de clinique des maladies des enfants.

Ecole de médecine de Clermont. — Par arrêté du 3 juillet, M. Bousquet, professeur de cliniques obstétricale et gynécologique, est nommé sur sa demande, professeur de clinique externe.

Ecole de médecine de Nantes. — Par arrêté du 21 juin, M. Vignard (Edmond-Louis), docteur en médecine, est constitué chef de clinique chirurgicale à cette école.

Faculté de médecine de Lyon. — Par arrêté du 23 juin, M. Noué-Josserand (Pierre-Marie-Gabriel) et Villard (Marie-Joseph), aides d'anatomie à la Faculté, sont nommés pour trois ans, prosecteurs à partir du 1er novembre.

Faculté de médecine de Nancy. — Par décret en date du 3 juillet, M. Baraban, professeur d'histologie, est nommé, sur sa demande, professeur d'anatomie pathologique.

Faculté des sciences. — M. Charles Moureu a soutenu avec succès sa thèse de docteur ès sciences. Titre de la thèse : *Contribution à l'étude de l'acide acrylique et de ses dérivés.*

Corps de santé militaire. — Par décret en date du 8 juillet, M. le médecin principal de 1re classe Guillemin (Isidore-Frédéric), directeur du service de santé du 19e corps d'armée, est promu au grade de médecin-inspecteur, en remplacement de M. Baudin, placé dans la section de réserve.

Assistance publique. — HOPITAUX. — Ont été nommés au dernier concours du bureau central, MM. Achard, Lebreton et Widal.

BUREAUX DE BIENFAISANCE. — Un concours aux emplois de médecins du traitement à domicile et du service des consultations s'ouvrira le lundi 9 octobre 1893. Les candidats devront se faire inscrire à l'administration centrale, avenue Victoria, 3, de 11 heures à 4 heures.

Chemin de fer d'Orléans — *Douze jours aux Pyrénées.* — Excursion du 9 au 22 Juillet 1893, billets à prix réduits.

Visite de Toulouse, Luchon, Bagnères-de-Bigorre, Barèges, Luz et Saint-Sauveur, Le Cirque de Gavarnie, Cauterets, Lourdes, Pau, Bayonne, Biarritz, Arcachon, Bordeaux.

Départ de Paris (gare d'Orléans) le 9 Juillet 1893; retour à Paris (gare d'Orléans) le 22 Juillet 1893.

D'accord avec l'Agence de Voyages « Indicateur Duchemin, » la Compagnie d'Orléans fera émettre jusqu'au 7 Juillet au soir, des billets d'excursion comprenant :

1° Le transport en chemin de fer ;

2° Les chambres, service et repas (vin compris) ;

3° Le transport en omnibus et en voitures;

4° Les entrées et visites des monuments;

5° Les soins des Guides-Conducteurs de l'excursion.

Par les soins et sous la responsabilité de l'Agence de voyages « Indicateur Duchemin ».

Prix de l'Excursion complète : 1re classe, 328 fr. 75; 2e classe, 292 fr. 90. Le nombre des places est limité.

Les billets sont délivrés dans les bureaux de l'Agence de voyages « Indicateur Duchemin, » 20, rue Grammont, à Paris.

On peut se procurer des renseignements et des prospectus détaillés :

A la gare d'Orléans (quai d'Austerlitz) ; 8, rue de Londres; 7, rue Paul-Lelong; 5, rue Gaillon; 30, rue Notre-Dame-de-Nazareth; 6, place Saint-Sulpice; 6, rue Française 7, place de la Madeleine; 1 bis rue de Paradis; 34, boulevard de Sébastopol; 63, rue des Archives; 18, rue Jean-Jacques-Rousseau.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU 2 AU 8 JUILLET 1893

Fièvre typh., 4.—Typhus, 0.— Variole, 8.— Rougeole, 31.—Scarlatine, 9. — Coqueluche, 5.— Diphtérie, croup, 21.— Grippe, 0. — Affections cholériformes, 0. — Phtisie pulmonaire, 200. — Méningite tuberculeuse, 25. — Autres tuberculoses, 4. — Tumeurs cancéreuses et autres, 59. — Méningite, 40 — Congestion et hémorrhagie cérébrale, 64 — Paralysie, 6. — Ramollissement cérébral, 10. — Maladies organiques du cœur, 42. — Bronchite aiguë et chronique, 22. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 87. — Autres affections de l'appareil respiratoire, 28. — Gastro-entérite des enfants : sein, biberon et autres, 219. — Fièvre et péritonite puerpérales, 6. — Autres affections puerpérales, 4. — Débilité congénitale, 17. —Sénilité, 28. — Suicides, 24. — Autres morts violentes, 23. — Autres causes de mort, 142. — Causes inconnues, 12. — Total : 1140.

Le Rédacteur en chef et Gérant : F. DE RANSE.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame. — *Téléphone.*

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Rédacteur en chef : M. le Dr F. DE RANSE

Comité de Rédaction : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN
J. ARNOULD (de Lille), P. FABRE (de Commentry), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon)

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, avenue Montaigne (Rond-Point des Champs-Élysées)

CLINIQUE MÉDICALE

DE L'HYGIÈNE DU PEINTRE EN BATIMENT.

Par M. le professeur Potain.

(Leçon recueillie par M. Martin-Durr, *interne du service et revue par le professeur.)*

Messieurs,

Vous avez vu entrer ces jours-ci, dans la salle Bouillaud, un peintre qui, à la suite d'un travail insolite du ponçage au blanc de céruse, avait été pris de colique saturnine. Ce malade est actuellement guéri, mais, avant de le laisser sortir, quels sont les conseils que nous devons lui donner en vue de prévenir les retours de semblables accidents ?

Dans la prophylaxie de la colique saturnine, l'hygiène entre pour la plus grosse part et parmi les hygiénistes, Combes, Gaultier, Bouchardat, se sont particulièrement occupés de la question. Mais les conseils habituellement donnés, bien que très judicieux, ne sont vraiment pas pratiques.

Abandonner la profession ! mais cela est très grave ; vous allez faire d'un ouvrier gagnant honorablement sa vie, nourrissant de son travail femme et enfants, un déclassé, un miséreux. Le conseil est certainement logique ; est-il sage ? proposez à un officier, qui est sujet aux rhumatismes, de quitter sa profession qui l'expose justement à cette sorte d'affection ; proposez à un étudiant sujet à la diarrhée d'amphithéâtre de renoncer aux études médicales ; — mais, vous répondront-ils tous les deux, cela m'est absolument impossible, je ne puis avoir fait en vain des sacrifices multiples en vue de ma carrière ; indiquez-moi, non pas une mesure vraiment trop radicale, mais le moyen de vivre sans trop pâtir des risques et périls de la profession.

Ce conseil ne peut donc pas toujours être suivi. D'ailleurs suffit-il à la préservation de tout accident à venir? Il est permis de se le demander. J'ai soigné à l'hôpital Necker un peintre qui, sur le conseil qui lui fut donné de quitter sa profession, fut obligé de servir les maçons. Cet homme, bien que n'étant plus exposé aux causes d'intoxication, fit une paralysie du deltoïde.

La seconde prescription est meilleure, mais elle s'adresse surtout à l'entrepreneur. C'est la substitution du blanc de zinc au blanc de céruse (bien que pour certains travaux cette substitution ne soit pas possible); le travail mécanique, la ventilation suffisante. On recommande, de plus, de ne pas manger dans l'atelier.

Enfin, pour l'ouvrier lui-même, on lui recommande de se

FEUILLETON

DOCUMENTS POUR SERVIR A L'HISTOIRE DE LA MÉDECINE

Une ancienne famille de médecins. — Les de Villiers. Le Dr Charles de Villiers.

(Suite.) (1)

Le 15 mai 1882, une affluence bien sympathique remplissait la petite église Saint-Eugène. M. de Villiers mariait sa fille unique, charmante jeune fille douée de toutes les qualités du cœur et de l'esprit, à un officier distingué, M. Maurice Boyer, fils d'un général qui a laissé les meilleurs souvenirs. Tout le monde était heureux ce jour-là. Hélas ! moins de deux ans après, notre digne confrère était appelé en province et recueillait le dernier soupir de son enfant bien-aimée, emportée par une septicémie puerpérale ! Plus de joie désormais à ce foyer si gai et si joyeux de l'être. M. de Villiers ne se remit pas de ce coup terrible et c'est dans le travail seulement, travail incessant, acharné, qu'il pouvait non pas oublier, disait-il, mais ne pas se souvenir durant quelques instants.

A partir de ce moment, M. de Villiers ne s'est guère plus occupé que de la Commission de l'hygiène de l'enfance. Il avait une bibliothèque considérable, des manuscrits précieux, une collection d'instruments divers, le tout provenant en grande partie de Levret et de Contouly et qu'il tenait de la famille Lousier, gendre de ce dernier. Il avait de plus accumulé des travaux personnels, possédait de nombreux dessins et aquarelles, — j'ai dit qu'il était habile dessinateur, — et, miné par une faiblesse générale, qui l'obligeait à changer de domicile, il fit don à l'Académie de ces précieux documents et instruments.

Les relations de M. de Villiers étaient considérables, son père, ainsi qu'on l'a vu plus haut, avait été le maître et l'ami des illustrations médicales de son temps et J. Cloquet, dont

(1) Voir la *Gazette médicale*, n° 28, 1893.

laver les mains, la figure, la bouche, les narines (plus difficile); d'employer de l'eau acidulée, de l'eau sulfurée. Il doit prendre un bain sulfureux chaque semaine ; changer de vêtements lorsqu'il quitte son atelier ; porter des gants lorsqu'il travaille (Bouchardat). Je ne fais que mentionner le respirateur, car vous verrez peu d'ouvriers consentir à s'en servir d'une façon continue. Reste enfin la visite médicale hebdomadaire, excellente, sans conteste,... pour le médecin.

En réalité, Messieurs, je crois que la prophylaxie de la colique de plomb doit être avant tout basée sur la connaissance des voies d'absorption du métal.

Et d'abord la voie digestive. Il n'y a aucun doute possible pour les préparations solubles. L'ingestion accidentelle d'acétate de plomb produit la colique; de même l'ingestion trop longtemps prolongée de préparations saturnines dans un but thérapeutique, dans la phtisie pulmonaire par exemple. Les aliments et boissons sophistiqués tels que le cidre, le vin peuvent occasionner la colique de plomb et vous connaissez, sous ce point de vue, le renom de la colique du Poitou.

La dose toxique est variable selon les sujets et quelquefois très petite. Dans un cas 5 centigrammes d'acétate de plomb absorbés pendant trois jours ont suffi pour déterminer les accidents. Et ces accidents n'ont pas toujours été la colique, bien que ce soit le plus fréquent, mais consécutivement il y a eu quelquefois paralysie, comme en témoignent deux observations de Tissot, où il a été absorbé, dans un cas, 25 centigrammes en six jours, et, dans l'autre, 60 centigrammes en quinze jours.

Pour les préparations saturnines insolubles, carbonate de plomb, litharge, la réalité de l'absorption par les voies digestives ne laisse place à aucun doute, bien que l'on ait vu d'éminents médecins, Beau, par exemple, donner en vertu de principes théoriques, de la céruse aux tuberculeux.

Enfin le plomb métallique lui-même peut donner lieu à des accidents. Dans le service de Bouillaud j'ai vu un gardechasse qui s'est intoxiqué en prenant comme pilules purgatives des grains de plomb. J'ai eu moi-même à soigner à l'hôpital Necker un garde chasse aussi, qui avait la même habitude, — on dirait professionnelle. — Pris de coliques saturnines, bien qu'il affirmât avoir rendu exactement son compte de pilules perpétuelles spéciales, et malgré des vomitifs répétés il mourut d'encéphalopathie saturnine. A l'autopsie nous trouvâmes plusieurs balles de plomb dans la cavité stomacale.

L'absorption par les voies digestives est donc certaine ; il n'en est plus de même pour celle qui se ferait dans les voies respiratoires. Pendant longtemps on a cru que la poussière saturnine était avant tout le grand danger. En effet l'on constate la pénétration de cette poussière dans les bronches et les vésicules pulmonaires. Mais, chez les hommes aussi bien que chez les chevaux qui travaillent dans les fabriques de céruse, on n'a jamais observé que des phénomènes asthmatiques, communs à toutes les professions à poussières. Le plomb se fixe non seulement dans le poumon, mais encore il se transporte dans les ganglions (Crocq); c'est la marche ordinaire des pneumoconioses.

Cependant on a cité en faveur de l'absorption par les voies respiratoires, les coliques des sujets qui couchent dans une chambre récemment peinte. Eh bien ! on a recueilli l'air d'une chambre récemment peinte et on y a trouvé beaucoup de térébenthine, mais pas de trace de plomb (Mialhe). Il ne s'agit donc pas de coliques de plomb, mais de coliques de térébenthine.

Il est plus que douteux que par les voies respiratoires on puisse absorber assez de plomb pour déterminer une intoxication. Je sais bien que chez les chiens, des expériences ont été faites en leur injectant du minium dans la trachée. Mais Archambault a démontré que, si les chiens, dans ces conditions, s'intoxiquaient, c'est parce qu'ils toussaient, chassaient le minium dans la gueule et l'avalaient. Ses expériences sont absolument probantes. Si on lie la trachée au-dessus, on peut introduire de la céruse, de la litharge, les chiens toussent, mais ne s'intoxiquent jamais.

Et les muqueuses absorbent-elles ? Pour la muqueuse nasale, on cite des priseurs d'Allemagne qui se seraient intoxiqués de cette façon. En effet, vous savez que le tabac est renfermé dans des feuilles de plomb et l'analyse a fait constater l'existence d'une proportion atteignant jusqu'à 3 grammes de plomb par kilogramme de tabac. Mais l'absorption ne se fait sans doute pas au niveau de la muqueuse

---

M. de Villiers fut longtemps le secrétaire, Dauyan, P. Dubois, Nélaton, Andral, Trousseau, Tardieu, etc. honorèrent M. de Villiers de leur amitié. Son aménité, sa modestie, sa droiture professionnelle ne cessaient d'augmenter le nombre de ses amis. Il appartenait à la section d'accouchements de l'Académie de médecine, depuis le 2 décembre 1862, ayant succédé à Moreau, et il fut pendant trente ans, l'un des membres les plus laborieux et les plus exacts de la Compagnie. Aussi, jusqu'à ses derniers jours, s'informait-il avec intérêt, de tout ce qui s'y passait.

Notre excellent ami est mort à Paris, le 25 avril dernier, dans sa quatre-vingt-unième année, à la suite de malaises permanents, supportés avec un calme et une résignation stoïques. Il laissera parmi ceux qui l'ont connu le meilleur souvenir ; les discours prononcés sur sa tombe, par MM. Pinard et Blum, ont en l'approbation de tous ceux qui les ont entendus et nous les ajouterons à notre notice, ne pouvant dire mieux.

TRAVAUX SCIENTIFIQUES DU Dr CHARLES DE VILLIERS.

1833 Observation d'une plaie contuse à la tête avec commotion cérébrale (Communiquée au Conseil de santé.)

— Rapport adressé à M. le Préfet de la Seine, au nom du bureau de secours du XIe arrondissement, sur une épizootie qui a régné à Paris sur les gallinacées à l'époque du choléra de 1832.

1838 De l'hystérotomie après la mort de la mère ; question considérée au point de vue médico-légal. (Thèse de doctorat soutenue le 9 juillet.)

1840 Nouvelles recherches sur la membrane hymen et les caroncules hyménales considérées au point de vue anatomo-physiologique et médico légale. Paris, in-8 avec fig. (Extrait de la *Revue médicale*, mai, juin).

— Rapport sur les cornets acoustiques de M. Gateau. Ce rapport a été lu à l'Athénée des arts.

1842 De la valeur des signes fournis par l'auscultation dans

nasale. Si vous examinez le pharynx d'un priseur, vous constatez la présence d'un certain nombre de grains de tabac qui descendent constamment le long de la paroi postérieure de ce conduit jusqu'à l'œsophage et de là dans l'estomac. L'absorption est donc stomacale.

Il en de même pour les coliques succédant à l'emploi de collyres à l'acétate de plomb, comme il en a été cité des exemples par Sabatier (d'Orléans). La muqueuse oculaire est en communication constante par les voies lacrymales, avec les fosses nasales et de là, par le chemin que nous avons vu, avec l'estomac.

Pour la muqueuse buccale, M. Proust a cité l'observation d'un ouvrier qui avait l'habitude de mâcher des copeaux imprégnés de plomb. Cet ouvrier présentait une insensibilité de la muqueuse aux points de contact de cette chique d'un genre spécial. Mais Archambault a démontré qu'il n'existait pas de plomb dissous dans la salive. Donc action locale de contact, mais pas absorption au niveau de la muqueuse buccale.

La muqueuse vaginale est, au contraire, un endroit où l'absorption n'est pas niable. L'injection d'eau de Goulard pendant quatre jours seulement a suffi pour produire des accidents. Cette muqueuse est vaste, le liquide séjourne assez longtemps, enfin les excoriations sont fréquentes et peuvent facilement passer inaperçues.

Reste l'absorption par la peau. Si la peau est dénudée, l'absorption ne fait aucun doute : les applications d'eau de Goulard sur une brûlure d'emplâtre de litharge sur une surface dénudée ont été suivis d'accidents.

Mais lorsque la peau est intacte, cette absorption est plus que problématique, bien qu'elle soit admise par Bouchardat, Proust, Arnould, Gauthier. La physiologie nous apprend que l'absorption des substances solubles par la peau n'est pas chose facile. La peau absorbe seulement les substances volatiles, les gaz, l'iode, le mercure. Mais pour les substances fixes, il n'y a pas d'aborpsion constatable.

Les preuves qu'on a cru pouvoir donner à l'appui de l'absorption cutanée sont nombreuses.

Le plomb est soluble dans la sueur. Le saturnin qui prend un bain sulfureux voit sa peau noircir.

Canuet plonge pendant plusieurs jours un chien dans l'acétate de plomb et voit survenir des accidents.

Gendrin observe un ouvrier tombé dans une cuve d'acétate de plomb et le voit devenir la proie de la colique saturnine.

Les vieux acteurs, par un usage prolongé du fard, finissent par posséder un certain masque immobile au niveau duquel on constate une sorte d'atrophie de la peau, un certain degré d'insensibilité, enfin de la parésie des muscles sous-jacents (Fiévée de Jeumont).

Manouvrier a accumulé un grand nombre de faits d'insensibilité de la peau en contact avec la poussière saturnine et de paralysie des muscles sous-jacents. Les ouvriers fouleurs de céruse ont de l'anesthésie de la plante des pieds; un fumiste voit anesthésié le bras qui entre dans le four; un plombier voit anesthésié l'épaule sur laquelle il porte ses tuyaux. Un ouvrier porte habituellement un saumon de plomb sur l'avant-bras et, en ce point, se produit une anesthésie. Un capsuleur de bouteilles voit anesthésiée la paume de sa main gauche. Un tailleur de limes présente une anesthésie du pouce et de l'éminence thénar. Un ouvrier de Clichy travaillait la céruse, la chemise ouverte; l'anesthésie se localise à la partie antérieure du thorax. Une poudreuse de camaïeux portait des mauchettes; le poignet conserve sa sensibilité normale, mais l'avant-bras et la main étaient anesthésiés.

Drouet, dans sa thèse (1879), cite l'expérience suivante: pendant vingt-neuf jours, il frotta les membres postérieurs d'un chien avec une pommade au minium. Au bout de ce temps, il constata une chute des poils, la diminution de l'excitabilité musculaire, la pâleur des muscles sous-jacents.

Que signifient tous ces faits? Ils démontrent surabondamment que le plomb, en contact avec la peau, détermine une anesthésie localisée, mais ne prouvent pas du tout l'intoxication générale. Un de mes élèves à l'hôpital Necker, en 1881-1882, le Dr Monnereau, répéta la plupart de ces expériences sur des lapins, mais, afin de les empêcher de se lécher, il leur confectionna des culottes. Dans ces conditions, la peau étant rasée, il fit pendant des mois des frictions avec une pommade à l'acétate de plomb, à la céruse,

---

le diagnostic des présentations et positions du fœtus pendant la grossesse et l'accouchement en collaboration avec Chailly Honoré. Paris, in-8. (Extrait de la *Revue médicale*, juin, juillet.)

— Histoire du typhus convulsif épidémique d'Italie (méningite cérébro-spinale) de 1840 à 1841. (*Revue médicale*, juin.)

— Observations et recherches sur quelques maladies particulières à la membrane caduque. Paris, in-8 avec planche. (Extrait de la *Revue médicale*, août, septembre.)

— Nouvelles considérations (même sujet) présentées à l'Académie de médecine le 11 octobre.

— Observation sur un cas d'éclampsie suivi de fièvre miliaire et de manie puerpérale, communiquée à la Société médicale du XIIe arrondissement en mars.

— Nouvelles recherches sur les maladies de la membrane caduque, mémoire présenté à l'Institut.

1843 Observations sur les maladies de l'œuf humain. (*Annales d'obstétrique*, vol. III)

— Nouvelles observations sur les maladies de l'œuf humain, faisant suite aux observations et recherches sur quelques maladies de la membrane caduque. Paris, 14 p. in-8, avec planche. (Extrait de la *Revue médicale*, juin.)

1844 Observation sur un accouchement laborieux. Procédé particulier d'application du forceps. (*Revue médicale*, juillet.)

1845 De quelques espèces de rétrécissement et d'atrésies du vagin et de la vulve considérées sous le point de vue obstétrical. (*Revue médicale*, août.)

1847 Recherches statistiques sur la durée de la grossesse et le volume du fœtus dans l'espèce humaine. (*Revue médicale*, octobre.)

— Sur la nécessité de la constatation des naissances à domicile.

à la litharge. Il ne constata aucun phénnmène d'intoxication. Les muscles présentaient leur conleur, leur circulation, leur contractilité normales; la structure n'en était pas modifiée; la courbe myographique était identique à la courbe normale; enfin l'examen chimique ne montrait pas trace de plomb. Il n'y avait aucun changement dans la température, dans la pres- sion sanguine, dans la nutrition. Il en fut de même pour les nerfs, les centres vaso-moteurs, les ganglions cardiaques, les centres respiratoires. Enfin, il fit sur lui-même, pendant cinquante-neuf jours, des frictions, deux fois par jour. Il ne constata jamais de plomb dans les urines; aucune modification des forces, aucun changement dans la contractilité des muscles. Mais la peau était anesthésiée.

Si l'action anesthésiante du plomb en contact avec la peau est certaine, comment expliquer les cas de paralysie musculaire? Pour les animaux, l'explication est toute naturelle: on n'a pas pris la précaution de les empêcher de se lécher. Mais pour les hommes, l'explication est tout autre. Pour un certain nombre de cas, la paralysie est consécutive à l'effort continué : toute contraction exagérée et constante d'un certain groupe musculaire détermine la parésie de ce groupe. Notre peintre, qui est obligé de servir les maçons, fait une paralysie du muscle élévateur du moignon de l'épaule, le deltoïde. Reprenez tous les exemples de Manouvrier et vous pourrez leur appliquer cette explication. Le capsuleur de bouteilles fatigue surtout les muscles de la main gauche, le tailleur de limes surtout le pouce de la main droite, etc. Il n'y a donc aucune preuve d'absorption de plomb, par la peau intacte, suffisante pour déterminer l'intoxication; son contact produit une action toute locale qui consiste en une anesthésie. S'il existe des paralysies, ce sont des paralysies associées et peut-être parfois réflexes.

C'est en définitive, par les voies digestives que se fait l'intoxication. Cette intoxication ne se produit pas chez tous les individus au même degré d'activité. D'où viennent ces différences? L'absorption, après transformation des substances insolubles en substances solubles, exige la présence d'un acide. Ce qui explique que le plomb ne s'absorbe pas dans la bouche, où il trouve la salive, qui est alcaline. Dans l'estomac, au contraire, le plomb subit des modifications selon le dégré d'acidité du suc gastrique. L'estomac vide contient un mucus alcalin qui englobe le plomb et le conduit dans l'intestin sans altération. La digestion donne lieu à une sécrétion acide, formée successivement d'acide lactique, acétique, ou chlorhydrique. Ces acides, *en quantité modérée*, sont employés à la transformation des matières albuminoïdes, et le plomb est peu dissout. Archambault prit, comme expérience, un repas composé d'œufs, d'épinards et d'eau, et ne trouva pas de plomb dissout.

L'ingestion de liquides acides détermine une dissolution du plomb selon la proportion d'acides ingérés. Archambault refit le même repas que ci-dessus, mais en y ajoutant une demi-bouteille de vin. Il trouva alors dans le contenu gastrique une grande quantité de plomb dissout. Il en est de même pour le cidre. La salade et, en général, toutes les matières très vinaigrées sont dangereuses. J'ai soigné à Necker un peintre qui ne pouvait manger de moules sans être pris d'urticaire. Un camarade lui conseilla de fortement vinaigrer ses moules; il n'eut pas d'urticaire, mais fut pris d'une violente colique de plomb.

Ce qui surtout est dangereux, c'est l'ingestion des boissons acides dans l'intervalle des repas. Il n'y a plus alors d'albuminoïdes pour neutraliser l'hyperacidité favorable à la dissolution du plomb.

Enfin l'acidité pathologique, soit par fermentation du contenu mal digéré, soit par sécrétion intempestive de suc gastrique sous l'influence d'embarras gastrique, prépare la voie à l'intoxication, dont la cause occasionnelle pourra être un excès de boisson un peu plus violent.

En résumé, le grand secret pour prévenir la colique de plomb est de posséder un milieu gastrique le moins acide possible. L'acidité ne doit exister qu'au moment des digestions.

Les moyens divers à l'aide desquels on peut remédier à l'hyperacidité sont les suivants :

1° Neutraliser les acides, au moment de leur production, à l'aide des alcalins. Ce moyen n'est nullement pratique, car l'ingestion des alcalins provoque une hypersécrétion acide consécutive.

— . Recherches sur les hydropisies chez les femmes enceintes. (En collaboration avec le professeur Regnauld.)
Ce mémoire a été couronné par la Société médico-pratique de Paris en 1847. La seule partie du travail publiée se trouve dans les *Archives générales de médecine*, année 1848, t. XVI et XVII. Elle comprend : les hydropisies du tissu cellulaire : anasarques ou œdèmes : 1° simples, 2° avec affection des organes centraux de la circulation et de la respiration et les anasarques ou œdèmes avec albuminurie.

1850. Observation sur un accouchement prématuré artificiel chez une femme atteinte de choléra. Considérations sur l'influence réciproque du choléra et du travail de l'accouchement.

1851 Considérations générales sur quelques-uns des phénomènes physiologiques de l'état puerpéral, et sur leur influence pathogénique, lues à l'Académie de médecine, le 14 janvier.

— Lettre sur une épizootie qui atteint les gallinacés. (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 13 mai.)

— Recherches sur les variétés de dimension et de forme du bassin normal chez la femme, lues à l'Académie de médecine le 6 mai.

— Sur le traitement antisyphilitique chez les femmes enceintes, lu à l'Académie de médecine le 28 octobre.

— Tableau statistique des maladies des ouvriers du chemin de fer de Paris à Lyon. (*Académie de médecine*, séance du 5 août.)

— Recherches statistiques et pratiques sur les phénomènes du travail de l'accouchement considéré au point de vue des membranes de l'œuf, lues à l'Académie de médecine le 5 août.

1852 Quelques réflexions sur l'emploi du forceps au détroit supérieur, mémoire présenté à l'Académie de médecine le 10 février.

— Essai historique et critique sur l'avortement provoqué

2° S'opposer à l'introduction exagérée des substances acides, que l'on devra écarter complètement du régime ;

3° Éviter, avec tout le soin possible, les occasions d'hyperacidité soit acétique soit chlorhydrique, c'est-à-dire d'indigestion ou de troubles gastriques persistants.

Nous dirons en définitive à notre malade que les écarts du régime sont toujours nuisibles ; les boissons acides dangereuses en dehors des repas ; l'abstinence complète de vin très favorable ; enfin l'usage d'une boisson tonique, comme le thé, très utile, car en Angleterre on a remarqué que les *teatotalers* ne prennent point la colique de plomb.

PATHOLOGIE MÉDICALE

SUR L'ALBUMINURIE ET LE BRIGHTISME

Par M. G. Sée (1).

I

Notre éminent collègue, M. Dieulafoy, a cherché à mettre en lumière divers points anciens et nouveaux relatifs aux maladies des reins et à la maladie décrite il y a cinquante ans par Bright. Cet illustre observateur avait établi une triade comprenant l'albuminurie, l'œdème, la lésion rénale. Depuis ce temps, un élément des plus importants y a été ajouté, c'est la série d'accidents décrits sous le nom d'urémie, présentant la forme cérébrale, la forme gastro-intestinale, et surtout la forme dyspnéique que j'ai fait connaître dans la thèse d'agrégation de Fournier, alors que le mot d'urémie était inconnu et faisait croire à l'urine dans le sang. Plus récemment, un des éléments fondamentaux a été entamé ; il y a dix mois, j'ai parlé ici de néphrite latente, c'est-à-dire de néphrite sans albuminurie, c'est ce que M. Dieulafoy vient établir définitivement en disant que l'albuminurie dans le diagnostic de la maladie de Bright n'a qu'une valeur secondaire ; elle est, d'après Dieulafoy, un signe inconstant, « infidèle et trompeur » ; j'explique cette répudiation, cette sévère condamnation en montrant l'albuminurie comme un état fugace, mais sujet à récipiscence, c'est l'enfant prodigue qui revient, et parmi les observations de néphrites latentes citées par notre collègue, il en est un grand nombre qui établissent une albuminurie préalable et durable ; la néphrite n'était donc pas absolument mystérieuse et infidèle. Elle avait subi une simple éclipse.

Mais voici une remarque bien autrement importante. Il est des albuminuriques d'ordre physiologique, et qui ne sont plus mis en doute depuis la discussion académique de l'an dernier, il est des albuminuriques d'ordre anatomique ou rénal, qui ne présentent l'albumine qu'à des heures déterminées, et dans des conditions tout à fait fugaces, en même temps que parfaitement régulières. Voici à cet égard deux observations curieuses qui m'ont été communiquées par notre collègue Daremberg ; elles sont absolument suggestives, comme on le dit aujourd'hui :

Albuminurie à variations régulières.

En 1888, j'ai observé à Cannes deux malades albuminuriques dont l'urine, émise le matin, ne contenait pas d'albumine :

1° Une petite fille de 12 ans qui eut une néphrite hémorrhagique après une scarlatine et arriva à Cannes après la cessation des accidents aigus.

A 8 heures du matin, les urines étaient toujours neutres et ne contenaient pas d'albumine.

A 11 heures du matin, elles renfermaient des traces d'albumine et étaient légèrement acides.

A 2 heures après-midi, albumine et acidité franche.

A 3 heures, urines tantôt semblables à celles de 11 heures du matin, tantôt semblables à celles de 2 heures après-midi.

2° Une jeune femme albuminurique depuis deux ans.

Tous les matins, l'urine était neutre et ne contenait pas d'albumine.

L'augmentation de l'acidité et de l'albuminurie marchent donc parallèlement.

G. Daremberg.

On voit la conséquence de ces variations régulières et de ces intermittences même à l'état pathologique, comme Bouchard les a signalées l'an dernier. A quelle heure les malades ont-ils été observés ? Quand et combien de fois par

(1) Académie de médecine, 27 juin 1893.

considéré au point de vue de la morale chez les peuples de l'Italie, mémoire adressé à l'Académie de médecine le 2 mars.

1854 Recherches sur le diagnostic et la valeur du bruit de souffle ombilical, lues à l'Académie de médecine le 17 janvier.

1855 Tableau statistique du service médical du chemin de fer de Paris à Lyon, présenté à l'Académie de médecine le 15 mai.

1857 Note sur l'emploi des douches utérines pour provoquer l'accouchement, lue à l'Académie de médecine le 21 juillet.

— Recherches statistiques sur les maladies des employés et ouvriers des chemins de fer. Essai de topographie et de géographie médicale des chemins de fer, Paris, in-8°.

1858 Quelques faits de contagion de la fièvre puerpérale chez les femmes en couches et en vacuité, communiqués à l'Académie de médecine le 5 mai.

— Note sur une modification aux douches utérines dans l'accouchement prématuré artificiel.

— Nouvelles recherches sur les maladies du personnel de la Compagnie du chemin de fer de Paris à Lyon en 1856, 1857.

— Note sur une modification aux douches utérines dans l'accouchement prématuré artificiel.

— Mémoire sur la fièvre puerpérale.

1859 Observation sur un cas de prolapsus complet de l'utérus par l'épisiorraphie et les cautérisations superficielles.

— Observations sur l'application prolongée du céphalotribe et du forceps, lues à la Société de médecine de Paris.

(*A suivre.*) Dr A. Dureau.

jour a-t-on analysé les urines ? Voici un malade qui m'a été amené, il y a trois semaines, par un jeune médecin de Paris. Les médecins et les pharmaciens qui l'ont examiné n'ont pas cessé depuis deux ans de discuter l'existence de l'albuminurie. Le jugement ne se fit pas attendre. Je donnai les urines à examiner trois fois dans un jour, à savoir le matin à jeun, puis entre dix heures et midi, puis à la fin de la journée, à deux analystes distingués qui opérèrent sur l'urine du même jour et à trois reprises différentes ; l'accord s'établit nettement : rien le matin, maximum de 0,40 à midi ; 0,25 à 0,30 le soir, enfin rien la nuit comme le matin. Avant de déclarer un malade indemne d'albuminurie, il faudra bien avoir le soin de contrôler son urine dans les trois phases indiquées. Si cette précaution est prise et reprise, et que l'analyse ne fournisse rien, absolument rien à aucune époque de la journée, comme cela a lieu dans la nuit, si la marche et les exercices, si les repas quels qu'ils soient, si les variations de température ne sont pas suivies d'albuminurie, c'est que celle-ci est absente ; elle ne l'est décidément qu'à ces conditions strictement remplies, et si elles le sont, il n'est pas rare de découvrir ce témoin caché, mais authentique de la maladie de Bright, cet indicateur véridique de la néphrite jusque-là latente.

II

PETIT BRIGHTISME.

Pour démasquer la maladie de Brigt privée de son indicateur, Dieulafoy a, depuis quelques années, mis en relief quelques petits accidents qui doivent aider au diagnostic. J'en fais l'énumération avec les réflexions qu'ils me suggèrent.

1° Les troubles auditifs, qui font le pendant des rétinites graves qui décèlent les néphrites chroniques, surtout interstitielles ; ces troubles auditifs, qui consistent en sifflements, bourdonnements, quelquefois avec dureté de l'ouïe, sont la plupart du temps indépendants de toute lésion, et dues *probablement* à un œdème, à une différence de pression. Je me demande comment on a pu apprécier cet œdème qui, d'ailleurs, est une lésion, ou bien la différence de pression, ce qui est tout simplement impraticable. Il y a plus, le vertige de Ménière, qu'on connait aujourd'hui dans tous ses détails, avec toute sa gravité, fait partie de certains des accidents brightiques de petit calibre.

Voici une conséquence des plus extraordinaires et des plus consolantes : ce vertige brightique a, comme la plupart des autres petits accidents du brightisme, cédé au régime *lacté*.

Nous parlerons un peu plus tard de cette fonction merveilleuse du lait, qui décidément est capable de tout guérir. Jusque-là, j'ai bien souvent, sur l'invitation de mes internes et chefs de clinique, très enthousiastes des petits brightismes, recherché chez des malades atteints de bourdonnements, de sifflements ou de vertiges auriculaires, et surveillé plus ou moins longtemps l'issue de ces troubles, sans jamais pouvoir tirer la moindre conclusion ni pathologique ni surtout thérapeutique de ma longanimité.

2° Le symptôme du doigt mort, c'est un trouble vasculaire chez les cardiaques, ou un phénomène hystérique ; rien de commun avec le brightisme grand ou petit.

3° Ces démangeaisons avec sensation de cheveux tombés dans le cou ou dans le dos, n'ont pas la valeur des signes précédents ; dès lors elles n'ont plus de valeur du tout.

4° *Pollakiurie*. — Envies fréquentes d'uriner, sans polyurie, et tenant sans doute à une irritabilité *spéciale de la vessie*, anormalement excitée par les urines qui n'ont plus leur composition physiologique. — En quoi consiste donc l'altération des urines, si elles ne sont pas albumineuses ? Cette explication n'en est pas une. Voici, au contraire, une pollakiurie diurne indiquée il y a huit jours par mon collègue, le professeur Guyon, qui l'attribue à une névrasthénie urinaire sans aucune lésion. Comment la différencier de la pollakiurie brightique, qui, elle, est due à une irritabilité *spéciale* de la vessie.

5° *Cryesthésie* ou impressionnabilité *spéciale* de certains brightiques par le froid ; ils ont froid à la peau. Il en est exactement de même des *diabétiques*, qui ont une thermo-hyperesthésie, laquelle vient précisément d'être signalée par le professeur Vergeley (de Bordeaux). Or, il se trouve que ce mémoire a été présenté par Dieulafoy à l'Académie, le même jour que la *cryesthésie* dite brightique, pourquoi ne les a-t-il pas rapprochés ?

6° Je ne parle pas des *crampes* dans les mollets, ni des *épistaxis propres* à une foule de maladies avec troubles vasculaires, j'arrive au *signe de la temporale*, où l'artère temporale se dessine sous forme de flexuosités saillantes, qui seraient dues non à l'athérome des parois, mais à l'excès de tension sanguine qu'on retrouve dans tout le système artériel et qu'on a vérifié à l'*autopsie*. J'avoue que je cesse de comprendre cette tension, ce spasme indiqué déjà par Fränkel, par Potain, par Huchard. Comment ! on reconnaît un spasme à l'autopsie et une hypertension pendant la vie !

7° *Hyperpression*. — Par quel instrument peut-on mesurer la pression, qui reparaît augmentée dans toutes les néphrites par ou avec artériosclérose ? Jusqu'ici c'est l'instrument de Bash que j'ai expérimenté depuis quatre ans déjà, et qu'il m'avait fourni et même appris à manier. Celui de Potain n'en est qu'une simple modification. Un dernier qu'on nous a présenté récemment n'indique pas avec plus de certitude l'état de la pression vasculaire, que jamais personne n'a pu mesurer exactement en clinique.

Que reste-t-il des signes du petit brightisme ?

J'ai interrogé à ce sujet cinq de nos collègues des hôpitaux. Jamais aucun n'a pu établir un diagnostic sérieux sur l'existence d'un ou de plusieurs des signes indiqués par Dieulafoy.

Je me trompe. Il en reste un, mais qui n'appartient pas à la petite série, c'est un indice certain du mal de Bright.

8° *Œdème*. — Je parle de l'œdème. Il est rare, dit avec juste raison notre collègue, qu'un brightique, même à une période peu avancée, ne présente quelque léger œdème, des paupières bouffies le matin, des empreintes au-dessus du pied le soir. Cela est parfaitement exact ; c'est le commencement de l'anasarque, de l'hydropisie brightique ; donc si l'albuminurie fait momentanément défaut, l'œdème va lever tous les doutes ; c'est là un des éléments signalés par Bright et que nous allons retrouver dans le chloro-brightisme, où cet élément capital a été mis dans l'ombre.

III

RECHERCHES DE LA TOXICITÉ URINAIRE.

Tons les signes du brightisme en miniature seront tou-

jours mis en doute tant qu'il n'y aura pas une preuve physiologique, ou bien étiologique et expérimentale de leur origine; cette preuve, nous la tirons de l'insuffisance de l'action rénale. Nous n'avons pas besoin de croire à une véritable obstruction, à une oblitération des reins; ces organes ne sont jamais altérés que partiellement ou dans un certain nombre de leurs éléments, dans la néphrite parenchymateuse, dans celle qui provient des vaisseaux ou artério-scléreuse, dans celle enfin qui atrophie, qui étouffe les organes épithéliaux, les tubes ou les capillaires, il existe toujours des parties saines, sécrétoires, qui entraînent les produits toxiques avec le liquide normal. Or, les poisons qui produisent le quatrième élément des néphrites, l'urémie, quoique depuis longtemps discutés sont encore peu connus; on les a naturellement fait dériver des parties normales de l'urine; on a incriminé tour à tour l'urée, la créatine, les sels ammoniacaux, les sels de potasse. Toute expérience tentée pour constituer à chacun de ces corps chimiques un pouvoir efficace d'intoxication a parfaitement échoué. Qu'a-t-on fait pour se tirer d'embarras? on a fait un *compelle intrare* de tous les principes éliminés pour les mettre tous en accusation, et considérer l'urémie comme le résultat d'un empoisonnement mixte, complexe. En fait, la grande variété des complexus de symptômes urémiques dans chaque cas particulier semble justifier cette conception. Ainsi récemment Laniers, professeur de physiologie à Vienne, a trouvé que les bases alcalines comme la créatine, produisent sur l'encéphale une action paralysante; en est-il de même chez l'homme?

Il se peut même que le poison urémique n'existe pas à l'état normal dans les excrétions urinaires, mais qu'il résulte de l'action secondaire de la rétention des éléments urinaires dans les tissus eux-mêmes, et donne ainsi à l'économie saine des agents étrangers.

Cette fixation des principes éliminatoires dans les tissus est incontestable. Nous allons la prouver; ce sont ces principes délétères résultant de décompositions organiques qui donnent lieu à la formation de substances anormales. C'est là l'intoxication générale se traduisant, lorsque le rein est insuffisant pour éliminer de l'économie ces hôtes fâcheux, par des urines qui cessent alors de présenter le degré de toxicité normale. Bouchard estime cette toxicité en injectant à un lapin une dose déterminée d'urines; s'il en faut beaucoup pour obtenir ce résultat, l'intoxication est très avancée, complète.

C'est ce que Dieulafoy a fait, mais seulement dans 5 cas sur 60; les autres cas sont récusables; les phénomènes du petit brightisme ne suffiront pas pour nous effrayer s'ils ne sont contrôlés par des expériences sur les urines du malade.

(*A suivre.*)

NOTES ET INFORMATIONS

Subventions à diverses associations d'enseignement. — Par délibération du Conseil municipal du 7 Juillet, des subventions sont allouées pour 1893, à diverses associations, libres et laïques. Nous y trouvons: La Clinique des Quinze-Vingts, 3.500 francs; l'enseignement des bègues (Dr Chervin), 3.000 fr.; l'école et hôpital dentaires 500 fr.; l'institut odontotechnique 500 francs; l'Association générale des étudiants, 1.000 fr.

CLINIQUE CHIRURGICALE

STATISTIQUE ET OBSERVATIONS DE CHIRURGIE HOSPITALIÈRE,

Par le Dr POLAILLON,

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu, professeur agrégé à la Faculté, Membre de l'Académie de médecine.

(Suite) (1).

OBS. 67. — *Pied bot varus équin par contracture traumatique chez une jeune femme qui n'est pas une hystérique franche.* (Obs. recueillie par M. Barbier et publiée *in* Bul. de la Société clinique, t. VIII, p. 154, 1884.) — La nommée D... (Adèle), âgée de 20 ans, domestique, entre le 18 octobre 1884 à la Pitié, salle Gardy, n° 12.

C'est une femme d'une mauvaise constitution, portant sur le cou des traces d'anciens abcès froids et souffrant encore à l'heure actuelle d'un abcès froid du sein droit. En dehors de ces manifestations, elle n'accuse aucune autre maladie. Quoique habitant Paris, elle fut réglée tard, à 18 ans, et la menstruation fut toujours irrégulière.

Elle n'a pas d'antécédents nerveux bien accusés dans sa famille, sauf une de ses tantes, âgée de 54 ans, qui, depuis quelques années, est sujette à des attaques avec perte de connaissance. Quant à elle, à part quelques crises convulsives vers l'âge de six ans, elle n'a jamais eu d'attaque hystérique franche. Mais elle est extrêmement susceptible aux émotions, de quelque nature qu'elles soient. A plusieurs reprises, des envies qu'elle éprouvait, ont provoqué des vomissements bileux abondants.

Il y a neuf mois, ayant fait une chute sur son genou gauche, elle vit se développer, indépendamment d'un léger gonflement du genou, une roideur du pied gauche, mais peu prononcée, car, tout en boitant fortement, elle put continuer son métier. Cependant, déjà à cette époque, le pied était en varus équin comme aujourd'hui.

Au mois de novembre 1882, elle a l'auriculaire droit écrasé en fermant le magasin où elle était employée. Cet accident nécessita l'amputation du doigt, amputation qui fut faite à la Charité, dans le service du Dr Desprès. Après l'opération, la malade veut uriner, mais en vain. Il existe une rétention complète d'urine, et depuis cette époque, elle en est réduite à se sonder plusieurs fois par jour.

M. Desprès lui applique, en même temps et à plusieurs reprises, des pointes de feu sur la région contracturée, mais sans résultat. C'est également pendant son séjour à la Charité, qu'elle eut une hémoptysie; ses règles n'avaient pas eu lieu à l'époque habituelle.

Elle sort de la Charité boitant toujours. Sans cause appréciable, la contracture s'exagère de plus en plus, au point de ne plus lui permettre la marche qu'avec des béquilles, et elle entra à la Pitié.

On constate alors l'existence d'un pied bot varus équin très prononcé, amenant une déformation permanente du pied. La marche est impossible. Les mouvements qu'on essaie d'imprimer à l'articulation tibio-tarsienne sont horriblement pénibles, et il est impossible de ramener le pied à sa position normale. On constate en même temps une anesthésie complète, à droite comme à gauche, jusqu'à une ligne circulaire

(1) Voir la *Gazette médicale*, nos 13, 14, 15, 17, 18, 21, 22 25 et 28, 1893.

passant au-dessus des clavicules. Les piqûres saignent du côté droit seulement. L'interligne articulaire tibio-tarsien est douloureux à la pression, surtout au côté externe et antérieur.

Quelques jours après son entrée, le 22 octobre, on la chloroformise, la contracture cesse, pour reparaître à mesure que la malade se réveille, et reprendre son intensité première.

Le 23 et les jours suivants, on essaie la métallothérapie (argent, zinc), sans résultat.

Le 27. On laisse un aimant dans son lit à gauche.

Le 29. Rien n'est changé dans l'état local. Par contre, elle se plaint de ne pouvoir librement se servir de son bras gauche Et de fait, il y a de la raideur du coude et de l'épaule. L'extension de l'avant-bras est douloureuse, la pression du bras, et plus particulièrement au niveau du nerf cubital, est très pénible.

Le 30. L'aimant n'ayant rien produit, on a recours à l'électricité. Les courants continus ne donnent rien. Les courants interrompus font contracter normalement les muscles du côté sain, ainsi que ceux du côté opposé au-dessus du genou ; mais ceux de la jambe sont inexcitables. La sensibilité électrique est nulle à gauche, normale à droite.

Le soir on constate que la sensibilité est revenue à droite: la malade perçoit les fortes piqûres. La sensibilité est toujours nulle à gauche. De ce côté, on constate également une exagération manifeste de la sécrétion sudorale ; le pied est couvert de gouttelettes de sueur. La malade a remarqué souvent d'elle-même ce phénomène.

Pendant le mois de novembre, la malade reste dans l'état où elle se trouvait à son entrée, sauf que les raideurs du membre supérieur ont disparu. A plusieurs reprises, on applique des courants continus, sans résultats.

On l'hypnotise plusieurs fois par occlusion des yeux ; pendant le sommeil provoqué la contracture persiste.

Dans les derniers jours de novembre, elle accuse une impossibilité absolue de manger. Il existe un spasme des muscles du pharynx, étendu également aux muscles masticateurs. Il y a un léger degré de trismus. Ces accidents ne persistèrent pas ; la menace du cathétérisme œsophagien a bien pu être pour quelque chose dans leur disparition. On constata également que la sensibilité avait disparu de nouveau à droite, même la sensibilité électrique.

Jusqu'à aujourd'hui, aucune modification ne s'est produite dans son état. Ajoutons que le réflexe tendineux, normal à droite, est manifestement exagéré à gauche. Les organes des sens sont également atteints, et le doigt introduit dans l'isthme du gosier ne produit aucun réflexe nauséeux.

Au milieu de décembre, elle contracte dans la salle un érysipèle de la face, ce qui oblige M. Polaillon à la faire passer, le 17 décembre, dans un service de médecine.

Cette malade a été perdue de vue. Mais il est bien probable que les désordres moteurs et sensitifs ont persisté pour s'amender, disparaître, revenir encore avant de disparaître définitivement.

Obs. 68. — *Pied bot talus par contracture des fléchisseurs chez un alcoolique.* — J... (Jules), âgé de 45 ans, employé de commerce, entre le 24 septembre 1892, à l'hôpital de la Pitié. Il a fait des excès alcooliques pendant de nombreuses années. Actuellement il a une grande surexcitation du système nerveux, confinant à l'hystérie.

Il y a quelques mois, un durillon de la face plantaire du gros orteil droit le faisant beaucoup souffrir, il prit l'habitude de marcher en relevant la pointe du pied. Peu à peu il ne marcha plus qu'en appuyant sur le talon, et son pied prit l'attitude du pied bot talus.

A l'arrivée du malade, je constate que le pied droit est fortement fléchi sur la jambe, et que cette attitude existe, soit pendant le repos au lit, soit pendant la marche qui est très pénible. Le tendon du jambier antérieur fait une forte saillie sur le cou-de-pied. Non seulement le jambier antérieur est contracturé, mais encore l'extenseur propre du gros orteil et l'extenseur commun des orteils sont le siège de la même affection.

Le repos et toutes les manœuvres pour étendre le pied restent sans résultat. Le pied est immobilisé dans la flexion, et l'obstacle des mouvements réside bien dans la contracture et la rétraction invincibles des fléchisseurs. C'est dans ces conditions que je me décide à intervenir.

Le 27 septembre, le malade étant endormi par le chloroforme, je pratique la section sous-cutanée, au tiers inférieur de la jambe, des tendons du jambier antérieur, de l'extenseur propre du gros orteil et de l'extenseur commun des orteils. Après ces sections, le pied peut être facilement étendu. Je l'immobilise dans l'extension forcée à l'aide d'une gouttière en plâtre moulée sur le membre.

Le 25 octobre. J... (Jules) est envoyé à l'asile de Vincennes. Le pied droit est dans une bonne attitude, et il peut marcher en appuyant sur la plante du pied.

Mais le 23 novembre, il rentre dans le service. La marche est redevenue pénible, quoique le pied soit à angle droit sur la jambe. Il n'y a ni arthrite tibio-tarsienne, ni arthrite du tarse. Mais les muscles de la jambe sont encore contracturés et douloureux.

A défaut d'une lésion quelconque pouvant expliquer le trouble fonctionnel, cet état me paraît être sous la dépendance d'une excitabilité nerveuse chez un hystéro-alcoolique.

Le repos au lit, le bromure de potassium, les bains et les douches sur la jambe ont confirmé ce diagnostic en améliorant de plus en plus les douleurs et la contracture musculaires. Mais à la fin de décembre 1892, J... (Jules) n'était pas encore guéri.

3° *Pieds bots proprement dits (acquis et congénitaux).*

10 cas. { 9 hommes, 3 opérés, 6 non opérés.
1 femme, 1 opérée, 0 —

La rareté des pieds bots dans les services d'adultes s'explique par ce fait que les malades, habitués à la conformation de leur pied, ne viennent pas réclamer les secours de la chirurgie.

Parmi nos 10 cas, 3 appartenaient à des enfants en bas âge, 7 à des adultes.

7 fois le pied bot était d'origine congénitale ; 3 fois il était acquis, à la suite d'un trouble nerveux datant de l'enfance, à la suite d'une attitude vicieuse et d'une rétraction des extenseurs pendant le cours d'un phlegmon diffus, à la suite d'une fracture compliquée de l'extrémité supérieure du tibia

La variété de pied bot varus équin a été de beaucoup la plus fréquente (9 cas). Le varus simple avec enroulement du pied en dedans ne compte qu'un cas.

4 malades ont été opérés par la section du tendon d'Achille, le redressement du pied et l'immobilisation dans un appareil plâtré. Ils ont tous obtenu un bon résultat, c'est-à-dire que le pied a été redressé et que la marche était devenue aussi facile qu'avec le pied sain. Chez un enfant de 6 ans, je ne me suis servi que des appareils orthopédiques. J'ai perdu cet enfant de vue, lorsque l'amélioration touchait presque à la guérison.

Sur 5 malades qui portaient des pieds bots osseux, 3 voulurent garder leur déformation. Le 4e avait bonne envie d'être opéré, et je me proposai de faire chez lui la résection cunéiforme du tarse, mais il fut impossible de l'endormir par le chloroforme (obs. 70). Le 5e, qui avait été apporté dans le service pour des plaies de poitrine faites dans une intention de suicide, succomba à ses blessures (son décès comptera dans la statistique des plaies de poitrine). Il portait un pied bot accidentel qui fut disséqué par M. Routier. Cette dissection lui servit à démontrer, dans sa thèse inaugurale (Paris 1881), que l'attitude vicieuse d'un pied bot entraîne assez rapidement des lésions osseuses, ligamentaires et musculaires (obs. 69).

Obs. 69. — *Varus équin gauche consécutif à une fracture compliquée de l'extrémité supérieure du tibia* (thèse pour le doctorat de M. Routier, 1891, p. 33). *En résumé.* — X..., âgé de 35 ans, entre le 2 juin 1881, salle Broca, n° 44, dans le service de M. Polaillon, pour des blessures qui s'était faites dans l'intention de se suicider.

Sa santé avait toujours été bonne. Il avait été soldat, et par conséquent il ne peut être soupçonné d'avoir eu un pied bot congénital.

En 1872, il est tombé de 45 pieds de haut et cette chûte produisit une fracture de la partie moyenne de la cuisse gauche et une fracture sous-condylienne du tibia droit, les deux fractures sans plaies.

Il fut porté à l'hôpital de Blois. Là, il eut des phlegmons consécutifs, car il porte des cicatrices.

La fracture de la cuisse ne s'est pas consolidée. Mais la pseudarthrose de ce côté ne nous occupe pas.

A droite, le pied est en varus équin troisième degré. Les orteils sont fortement dans l'extension et le bourrelet sous-métatarsien les déborde même un peu. Le talon est à peine appréciable. Il ne fait pas saillie en arrière du tendon d'Achille et paraît déjeté en dedans. Le seul mouvement volontaire possible est un peu d'extension, qui, en même temps, augmente le varus.

Quand, avec la main, on veut corriger la difformité, on s'aperçoit vite qu'elle est irréductible. Le jambier antérieur, le triceps sont tendus tour à tour par ces efforts et le pied est animé de mouvements de trémulation.

Le malade étant mort de ses plaies de poitrine, M. Routier trouva, du côté du pied, les altérations suivantes :

Les muscles sont grêles et un peu jaunes. Ils étaient déjà trop vieux pour permettre un examen histologique.

Sous la peau, la graisse est abondante, et forme des paquets sous les articulations métatarso-phalangiennes et sur la face interne du talon.

Les orteils sont subluxés en arrière. Les tendons extenseurs font corde.

Le tendon d'Achille s'insère sur le calcanéum, mais il n'existe pas de séreuse entre l'os et le tendon, et celui-ci paraît être reporté en dedans en même temps que le calcanéum semble avoir fui en haut et en dehors.

Cet os semble raccourcit et courbé de façon à présenter une concavité interne.

Angle saillant au niveau de l'articulation cuboïdienne. Les muscles courts de la plante semblent partir en masse de la tubérosité interne du calcanéum et les tissus, entre cette tubérosité et la malléole interne, qui recouvrent les coulisses tendineuses, sont lardacés.

L'articulation tibio-tarsienne présente des lésions intéressantes. Les ligaments antérieurs et postérieurs sont épais, lardacés. L'astragale est en abduction forcée et ses mouvements sont à peu près nuls.

Le cartilage d'encroutement du tibia est traversé de droite à gauche par une fissure à bords mousses. Il présente, comme celui de l'astragale, une couleur rouge. Celui-ci offre, de plus, plusieurs érosions, surtout sur la lèvre interne de la poulie.

Adhérences nombreuses entre les malléoles et les faces latérales de l'astragale. Du côté interne il n'y a plus vestige d'articulation.

Le scaphoïde, le cuboïde, dont les cartilages sont aussi malades, sont subluxés en dedans et en bas. Un tissu lardacé épaissit tous les ligaments.

Le calcanéum est immobilisé par rapport à l'astragale on à peu près. Il est aussi descendu que possible, et ici on voit bien qu'à cause du plan incliné, il a tourné. L'extrémité de la surface postérieure articulaire de l'astragale le déborde en arrière.

Ces surfaces paraissent malades. Il y a comme des adhérences vers les parties internes.

J'ai donné cette description, parce que les autopsies de pieds bots acquis sont très rares. Toutes ces lésions sont secondaires, et il a suffi, comme le fait remarquer M. Routier, d'une attitude vicieuse pendant huit années pour les réaliser chez cet homme, ancien soldat et bien portant.

Obs. 70. — C... (Eugène), âgé de 30 ans, exerçant la profession de polisseur, est entré le 1er juin 1889 pour un pied bot osseux varus équin. Il a des habitudes alcooliques et, en même temps, il prend assez fréquemment des attaques d'épilepsie.

Il était indiqué de faire chez ce malade la résection cunéiforme du tarse pour redresser le pied, et le patient avait accepté cette opération avec empressement.

Le 10 juin, toutes mes dispositions sont prises pour faire cette opération.

A 10 h. 42 un de mes internes commence la chloroformisation, par le procédé de la compresse avec du chloroforme ordinaire. Au bout de cinq minutes, le patient accuse quelques bourdonnements d'oreilles. A 10 h. 53 période d'excitation. A 10 h. 56, je veux commencer l'opération, mais je suis obligé de m'arrêter aussitôt, car il y a une absence complète d'anesthésie. On continue à donner du chloroforme sans résultat. Au lieu d'avoir un engourdissement de la sensibilité, le patient semble plutôt être dans un état d'hyperesthésie.

A 11 h. 17, après trente-cinq minutes de chloroformisation continue, le malade ayant absorbé une grande quantité de chloroforme, qui l'a mis dans un état complet d'ivresse, mais sans produire aucune anesthésie, j'ai cru prudent d'arrêter la

choroformisation et de remettre l'opération à un autre jour.

Mais Eugène C... n'a plus voulu s'y soumettre et a renoncé à se faire opérer.

(*A suivre*).

REVUE DES JOURNAUX

BACTÉRIOLOGIE

I. — Sur l'identé du streptocoque pyogène et du streptocoque de l'érysipèle, par M. le Dr Knorr. (*Berliner Klin. Wochenschrift*, 1893, n° 29, p. 699.)

II. — Endocardite ulcéreuse blennorrhagique, par le professeur Leyden. (*Munchener medicin. Wochenschrift*, 1893, n° 28, p. 542.)

En se fondant sur des analogies de caractères morphologiques, les bactériologistes ont conclu depuis quelque temps déjà à l'identité du streptocoque pyogène et du streptocoque de l'érysipèle. Behring (*Centralblatt für Bacteriologie*, t. XII, n° 67), par ses recherches faites en collaboration avec von Lingelsheim, A. Knorr et Boer, a particulièrement contribué à justifier cette conclusion. A l'appui de celle-ci M. R. Knorr vient de publier une intéressante observation, dont voici les traits principaux :

Un homme de 40 ans s'était attiré un phlegmon de l'articulation métacarpo-phalangienne, à la suite d'une blessure insignifiante du gros orteil. Au moment de l'entrée du malade à l'hôpital (20 février 1892), la jointure en question était en voie de suppuration ; le malade avait une fièvre à type intermittent, avec frissons. On incisa la jointure malade, mais l'état général ne s'améliora pas, à la suite de cette intervention. Quelques jours plus tard, il se développa à la face externe de la cuisse droite un foyer indolent de tuméfaction, avec fluctuation ; à ce niveau la peau ne paraissait pas enflammée. En incisant on donna issue à une grande quantité de pus. Celui-ci fut ensemencé et fournit une culture pure de streptocoques. A la dose de deux dixièmes de centimètre cube, un bouillon de culture de ce streptocoque, maintenu à la température de 34°, injecté sous la peau à des souris, a produit des effets pathogènes extrêmement prononcés. Les animaux succombaient au bout d'un délai qui variait de deux à vingt-quatre heures.

Dans la suite, le malade a présenté d'autres abcès pyémiques, aux deux bras, et une arthrite suppurée de l'épaule gauche. De plus, quatre semaines après le début des accidents, il a été pris d'un frisson subit et violent, avec élévation de la température corporelle ; puis est apparu un érysipèle tout à fait typique, qui, partant d'une petite ulcération de décubitus, au siège, a envahi rapidement une grande partie du tronc. Au bout de deux jours, des foyers érysipélateux isolés ont fait leur apparition au voisinage de l'incision pratiquée dans le premier abcès. Ces abcès confluaient au moment où, deux jours plus tard, le malade succomba.

M. Knorr fait remarquer que si le diagnostic d'une infection par streptocoques n'avait pas été établi dès le premier jour, on eût pu croire à une infection érysipélateuse venue du dehors. Mais étant données les conditions dans lesquelles l'érysipèle a fait son apparition, trois hypothèses se présentaient à l'esprit, pour expliquer le développement de ce dernier :

Celle d'une infection secondaire par un autre streptocoque de virulence différente.

Celle d'une infection secondaire par un streptocoque érysipélateux spécifique.

Celle de l'intervention du streptocoque pyogène, l'érysipèle s'étant développé de dedans en dehors.

Pour trancher la question de savoir laquelle de ces trois hypothèses était la vraie, M. Knorr procéda à un examen comparatif du streptocoque pyogène obtenu après ensemencement du pus du premier abcès, et des coccus provenant des foyers érysipélateux. Il excisa un petit fragment de peau, à la périphérie de la zone érysipélateuse, à une certaine distance du foyer de suppuration, après avoir désinfecté la région, de la façon la plus minutieuse.

Les ensemencements faits avec ce fragment de peau ont donné une culture pure de streptocoque, tandis que d'autres ensemencements faits avec des lamelles cutanées provenant d'une région saine n'ont donné que des résultats négatifs. M. Knorr se croit donc autorisé à conclure que chez son malade, l'érysipèle avait été causé par le streptocoque pyogène.

D'ailleurs, les deux streptocoques obtenus, l'un après ensemencement de pus, l'autre après ensemencement du fragment de peau provenant de la zone érysipélateuse présentaient absolument les mêmes caractères morphologiques et le même degré de virulence.

D'après la classification proposée par Behring, il s'agissait du streptocoque II b.

II. — Dans une des dernières séances de la Société de médecine interne de Berlin, le professeur Leyden a communiqué l'observation d'un homme de 22 ans, qui était entré dans son service avec les signes d'une insuffisance aortique et d'une endocardite aiguë. Le malade était en proie à une fièvre très intense, et son état général trahissait le caractère malin de l'endocardite dont il était affecté. Peu de temps auparavant, le malade avait eu une uréthrite blennorrhagique, qui s'était compliquée d'une arthrite de même nature. Il y avait donc lieu de soupçonner un rapport étroit entre la blennorrhagie et l'endocardite, chez le malade en question. Quelle était la nature de ce rapport ? L'endocardite était-elle de même origine que la blennorrhagie, c'est-à-dire, était-elle causée par le gonocoque de Neisser, par le micro-organisme pathogène de l'infection blennorrhagique ? Ou bien la blennorrhagie avait-elle été le point de départ d'une infection mixte, avait-elle ouvert la porte à des microcoques septiques qui, en émigrant vers l'endocarde, avaient fait éclore une endocardite infectieuse ?

A ce propos, M. Leyden a rappelé que cette seconde hypothèse a été admise par la plupart des auteurs qui, dans le cours de ces dernières années, ont publié des exemples d'endocardite développée à la suite ou dans le cours d'une blennorrhagie. Or, chez le malade de M. Leyden, la preuve a été obtenue que l'endocardite avait été provoquée par la présence du gonococcus à la surface de l'endocarde. Le malade a succombé. Son endocarde a fait l'objet d'un examen bactérioscopique en règle. Cet examen a fait constater à la surface de cette membrane, la présence de diplocoques qui réalisaient tous les caractères morphologiques du gonococcus de Neisser : disposition en forme de zooglées, situation intracellulaire des coccus, autour des noyaux, groupement en forme de diplocoques, résultats fournis par l'emploi du procédé de coloration de Gram. M. Leyden a présenté les pré-

parations histologiques qui sont relatives au cas en question.

— Rappelons à nos lecteurs qu'une revue sur *les affections cardiaques survenant dans le cours de la blennorrhagie* a paru récemment dans ce journal (1892, n° 42, p. 502), revue dans laquelle se trouvent mentionnés les principaux travaux relatifs aux rapports des endocardites et de la blennorrhagie.

(*A suivre.*) E. RICKLIN.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

LE GUIDE MILITAIRE DES ÉTUDIANTS, DES MÉDECINS ET DES PHARMACIENS DE RÉSERVE ET DE L'ARMÉE TERRITORIALE, par MM. PETIT et COLLIN, médecins-majors de l'armée. — Un vol. in-12 relié. Prix : 7 fr. 50. Paris, 1893. Société d'éditions scientifiques, 4, rue Antoine-Dubois.

Nous croyons devoir appeler l'attention de MM. les Officiers d'administration du service de santé de Réserve et de l'Armée Territoriale, sur ce livre qui se recommande de la situation spéciale des auteurs, tout autant que de leurs travaux antérieurs sur la matière.

Bien qu'écrit surtout pour les médecins et pharmaciens, il constitue un véritable traité de législation et d'administration militaires à l'usage de tout le personnel du service de santé.

MM. Petit et Collin consacrent, en effet, à l'étude des règlements sur le service de santé à l'intérieur et en campagne de grands développements auxquels viennent s'ajouter des chapitres relatifs aux réquisitions, aux transports, à la convention de Genève, aux Sociétés d'assistance aux blessés militaires, etc.

Les notices spéciales au matériel et à la gestion des formations sanitaires y sont aussi intégralement reproduites.

A ce titre, ce guide administratif, rédigé sous une forme claire et méthodique, sera d'une grande utilité aux Officiers d'administration du cadre auxiliaire, soit pendant les périodes d'appel soit dans l'intervalle des convocations.

LA VOIX, LE CHANT ET LA PAROLE, guide pratique de l'Orateur et du Chanteur, par LENNOX BROWNE, F.R.C.S. Ed., médecin de l'Hôpital central des maladies de la gorge et des oreilles, de Londres, médecin de la Société Royale des Musiciens, et EMIL BEHNKE, professeur de physiologie vocale et de diction, à Londres, traduit sur la 14e édition anglaise, par le Dr PAUL GARNAULT, de Paris. — Un vol. illustré de nombreuses figures. Prix : 8 fr. Paris, 1893. Société d'éditions scientifiques, 4, rue Antoine-Dubois.

Il n'existait pas, dans la bibliographie française, d'ouvrage récent présentant les qualités qui ont fait le succès de ce livre en Angleterre, succès sans précédent, car, en moins de dix ans, il est arrivé à sa 14e édition ; c'est pour combler cette lacune que le Dr Garnault, mieux préparé que lui et que qui que ce soit à ce travail, par ses études quotidiennes, a en la pensée de préparer cette traduction, que nous offrons au public français.

Issu de la collaboration intime d'un laryngologiste éminent, dont la réputation est universelle, et d'un professeur des plus distingués, qui avait acquis en Angleterre une très grande notoriété, ce livre brille par la clarté, la simplicité, la précision, la méthode, qualités qui, malheureusement, faisaient absolument défaut aux ouvrages français écrits sur la matière.

La théorie physique de la musique, l'anatomie, la physiologie de l'organe vocal, le mécanisme de la voix et du chant y sont exposés avec une extrême clarté. L'hygiène de l'appareil vocal est traitée avec de grands développements et les auteurs y reviennent à plusieurs reprises, premièrement, dans un chapitre d'un caractère plus général, où rien de ce qui peut toucher de près ou de loin à l'art de la parole et du chant n'est omis, puis dans deux chapitres consacrés, l'un à des conseils pratiques pour la vie journalière du chanteur et de l'orateur, l'autre à leurs maladies.

Signalons encore une étude très approfondie des applications du laryngoscope à l'art du chant, mais surtout le chapitre de la culture de la voix. Ce chapitre, qui renferme l'étude de la respiration, de l'attaque, de la résonnance, de la flexibilité, des registres et de la position, est remarquable d'un bout à l'autre, la question de la respiration, en particulier, y est traitée avec une grande compétence et une grande autorité ; l'étude des registres est absolument originale et jette une grande lumière sur cette question si obscure et si compliquée. Le livre se termine par une étude des défauts de la parole, et du bégaiement en particulier.

R.F.M.

Notes bibliographiques.

A. BROCA. — LES TUMEURS BLANCHES CHEZ L'ENFANT. (G. Masson.) — Elles guérissent souvent chez l'enfant sans opération sanglante, et l'on doit savoir gré à M. A. Broca de n'avoir pas trop versé dans les exagérations chirurgicales modernes. Son livre serait parfait, s'il avait traité plus complètement le côté médical et hydrologique de la thérapeutique des tumeurs blanches.

J. FERRAN. — L'INOCULATION PRÉVENTIVE DU CHOLÉRA ASIATIQUE. (Société d'éditions scientifiques.) — L'histoire de l'inoculation préventive du choléra est une page curieuse de la médecine contemporaine. En 1885, la découverte de J. Ferran fut accueillie avec indifférence, sinon avec hostilité. Aujourd'hui, les médecins russes reprennent ses idées, sans trop le citer. M. J. Ferran revendique ses droits avec énergie, dans un livre plein de conviction qui mérite d'être lu et qui lui fera peut-être rendre la justice qui lui est due.

E. CHAMBARD. — LES MORPHINOMANES. (Rueff et Cie.) — J'ai lu ce livre avec une grande satisfaction. D'abord, il est écrit en excellent français, ce qui est rare pour un livre médical, car il semble que les médecins aient fait le serment d'écrire d'une façon incompréhensible. Et puis, la question du traitement, — la question importante, — y est traitée avec un luxe de détails qui dénote une compétence toute particulière. — Livre à recommander.

LANGLOIS. — LE LAIT. (Gauthier-Villars.) — Quelle est la composition du lait, comment se digère-t-il, quels microbes renferme-t-il, par quels procédés l'analyse-t on, comment reconnaître ses falsifications ; enfin, en quoi les données précédentes peuvent-elles être utilisées pour l'alimentation des enfants ? Tel est le sommaire de ce petit et substantiel aide-mémoire.

A. R.

MÉDECINE PRATIQUE

Injections dans l'uréthrite.

Sulfate d'hydrastine	0,75 cent.
Sulfate de zinc	0 gr. 90
Acétate de plomb	1 gr. 80
Extrait fluide d'ergot de seigle	16 —
Teinture d'opium	12 —
Eau	180 —

A employer en injections ; bien agiter la bouteille avant de s'en servir.

(*Canada Lancet* in *The Clinical Journ.*, 29 mai 1893.)

Digestion défectueuse, avec torpeur hépatique et intestinale.

Sulfate de fer	1 gr. 50
Sulfate de magnésie	30 —
Phosphate de soude	4 —
Acide phosphorique dilué	4 —
Acide sulfurique aromatisé	4 —
Infusion de quassia, Q. S. p.	125 —

Une cuillerée à bouche dans un verre d'eau froide à prendre avant le déjeuner.

(*Canada Lancet* in *The Clinical Journ.*, 2 mai 1893.)

NOUVELLES

Faculté de médecine de Nancy. — Par arrêté du 17 juillet 1893, un concours s'ouvrira le 22 janvier 1894, devant la Faculté de médecine de Nancy, pour l'emploi de chef des travaux anatomiques à ladite Faculté.

Ecole de médecine de Nantes. — Par arrêté du 17 juillet 1893, un concours s'ouvrira le 7 février 1894, devant l'école de plein exercice et de pharmacie de Nantes pour l'emploi de chef des travaux anatomiques et physiologiques à ladite école.

Les registres d'inscription seront clos un mois avant l'ouverture des dits concours.

Faculté de médecine de Montpellier. — Par arrêté du 17 juillet 1893, la chaire de physique à l'école supérieure de pharmacie de Montpellier est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours, à partir de la présente publication, est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

Corps de santé des colonies. — Par décret en date du 11 juillet, a été nommé médecin de 2e classe, M. Morel, médecin auxiliaire de la marine.

Muséum d'histoire naturelle. — Par décret du 19 juillet 1893, M. Gréhant (Louis-François-Nestor) lauréat de l'Institut, docteur en sciences et en médecine, assistant au Muséum, est nommé professeur de physiologie générale, en remplacement de M. Rouget, admis à la retraite.

Chemin de fer d'Orléans. — *Billets d'aller et retour de famille pour les stations thermales de Chamblet-Néris (Néris), Évaux-les-Bains, Moulins (Bourbon-l'Archambault), Laqueuille (la Bourboule et le Mont-Dore), Royat.* — Réduction de 50 p. 100 pour chaque membre de la famille en plus du troisième.

Il est délivré, du 15 mai au 15 septembre, dans toutes les gares du réseau d'Orléans, sous condition d'effectuer un parcours minimum de 300 kilomètres (aller et retour compris), aux familles d'au moins quatre personnes payant place entière et voyageant ensemble, des billets d'aller et retour collectifs de 1re, 2e et 3e classes pour les stations ci-dessus indiquées.

Les billets sont établis par l'itinéraire à la convenance du public ; l'itinéraire peut n'être pas le même à l'aller et au retour.

Le prix s'obtient en ajoutant au prix de 6 billets simples ordinaires le prix d'un de ces billets pour chaque membre de la famille en plus de trois.

La durée de validité des billets, à compter du jour du départ, ce jour non compris, est de 30 jours.

Cette durée peut être prorogée une ou plusieurs fois d'une période de quinze jours. Chaque période de prolongation part de l'expiration de la période précédente et donne lieu à la perception d'un supplément de 10 p. 100 du prix total du billet.

La prolongation ne peut être demandée que pour les billets non périmés.

Avis. — Les voyageurs obtiennent, sur leur demande, soit à la gare de départ, soit au bureau du correspondant de la Compagnie à Laqueille, des billets d'aller et retour réduits de 25 p. 100 pour le Mont-Dore et la Bourboule.

Les demandes de billet doivent être faites, quatre jours au moins avant celui de départ, à la gare où le voyage doit être commencé.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon, Paris.

Traité de médecine opératoire. (Opérations générales et spéciales) à l'usage des étudiants et des praticiens, par le professeur docteur KARL LÖBKER, chirurgien en chef de l'hôpital « Bergmunsheil », à Bochum. Traduit, d'après la troisième édition allemande, par le Dr Herman HAHQUET. Préface par M. Alex. Winiwarter, professeur à l'Université de Liège. — Un vol. grand in-8° de XVI-576 p., avec 276 figures. — Prix : 16 francs.

Manuel d'asepsie, par le Dr C. SCHIMMELBUSCH, assistant à la clinique royale du professeur von Bergmann, à Berlin. — Introduction, par le prof. von BERGMANN, cons. privé. — Traduction du Dr Ch. DEBERSAQUES, assistant de clinique chirurgicale à l'Université de Gand, chirurgien adjoint à l'hôpital civil. Préface de M. le Dr Ad. de COCK, professeur de clinique chirurgicale à l'Université de Gand, chirurgien à l'hôpital civil. — Un volume in-12 cartonné de 203 p. avec figures dans le texte. — Prix : 6 francs.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU 9 AU 15 JUILLET 1893

Fièvre typh., 11.—Typhus, 0.—Variole, 7.—Rougeole, 20.—Scarlatine, 3. — Coqueluche, 2.— Diphtérie, croup, 21.— Grippe, 0. — Affections cholériformes, 0. — Phtisie pulmonaire, 173. — Méningite tuberculeuse, 14. — Autres tuberculoses, 11. — Tumeurs cancéreuses et autres, 64. — Méningite, 34. — Congestion et hémorrhagie cérébrale, 36 — Paralysie, 4. — Ramollissement cérébral, 6. — Maladies organiques du cœur, 56. — Bronchite aiguë et chronique, 25. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 58. — Autres affections de l'appareil respiratoire, 24. — Gastro-entérite des enfants : sein, biberon et autres, 163. — Fièvre et péritonite puerpérales, 5. — Autres affections puerpérales, 0. — Débilité congénitale, 18. — Sénilité, 18. — Suicides, 19. — Autres morts violentes, 21. — Autres causes de mort, 144. — Causes inconnues, 11. — Total : 968.

Le Rédacteur en chef et Gérant : F. DE RANSE.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame. — *Téléphone.*

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Rédacteur en chef : M. le Dr F. DE RANSE

Comité de Rédaction : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN

J. ARNOULD (de Lille), P. FABRE (de Commentry), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon)

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, avenue Montaigne (Rond-Point des Champs-Élysées)

PATHOLOGIE MÉDICALE

DE LA LANGUE NOIRE

Par M. Paul Masoin (1),
Etudiant en médecine, à Louvain.

Le nommé J. S..., habitant Malines, âgé de 37 ans, exerçant la profession de mécanicien, fut atteint de pleurésie au mois de mai 1892 ; encore souffrant au commencement de juillet, il s'aperçut de la présence d'une petite tache brunâtre située vers la partie centrale de la langue. La tache s'accrut peu à peu vers les bords ; en quatre semaines elle atteignit l'étendue qu'elle occupe lorsque, pour la première fois, nous voyons le sujet (24 septembre 1892).

S... déclare que l'affection disparaissait parfois spontanément, les parties les plus anciennes se détachant les premières, et reparaissait environ deux semaines plus tard ; il rapporte également que, s'il s'avisait de gratter la surface de la langue, après une dizaine de jours les traces du raclage avaient disparu, de nouvelles productions comblant les vides établis ; j'ai pu m'assurer ultérieurement de la véracité de ces dires.

Nous avons vu le sujet la 24 septembre, et voici ce que nous avons constaté : sur une surface limitée en arrière par les deux branches du V lingual, latéralement par une ligne conduite à 1 centimètre en dedans des bords de l'organe, et en avant à 2 centimètres de la pointe, la langue présentait une coloration allant du brun (sur les bords et en avant) au noir (au centre) ; elle semblait recouverte de petits poils de 5 à 8 millimètres de long, irrégulièrement couchés à la surface de l'organe. Ces filaments adhéraient assez fortement à la muqueuse, surtout en avant et sur les bords. Le raclage, pratiqué avec prudence, montrait la muqueuse sous son aspect ordinaire.

Les parties de la langue demeurées intactes étaient granuleuses bien plus que normalement ; les papilles caliciformes avaient considérablement augmenté de volume ; il en était de même pour la luette.

L'acidité de la bouche, appréciée par le papier de tournesol, était fort prononcée ; elle n'était pas due à l'acide chlorhydrique, ainsi que le prouvèrent des réactions faites à l'aide de la tropéoline 000 et du mélange de vanilline avec la phloroglucine.

S... n'accuse à la surface linguale aucune sensation anormale, ni spontanément, ni sous la pression ; il n'existe

(1) *Bulletin de l'Académie Royale de médecine de Belgique*, t. XII, n° 4, 1893.

FEUILLETON

DOCUMENTS POUR SERVIR A L'HISTOIRE DE LA MÉDECINE

Une ancienne famille de médecins. — Les de Villiers. Le Dr Charles de Villiers.

(Suite et fin) (1).

1860 Observation de vice de conformation du cœur chez un nouveau-né ; absence d'ouverture aortique ; persistance de la vie pendant cinq jours. (*Union médicale*, 23 août.)

— Nouvelles recherches sur la brièveté et la compression du cordon ombilical. (*Bull. de l'Académie de méd.*, 1re série, t. XXVI, p. 66.)

— Quelques questions médico-légales relatives au cordon ombilical.

(1) Voir la *Gazette médicale*, nos 28 et 29, 1893.

1861 Observations nouvelles sur l'opération césarienne après la mort suivies de notes historiques et bibliographiques in-8, 16 p. (Extrait de *l'Union médicale*.)

1862 Observation sur un ramollissement aigu des symphyses du bassin pendant la grossesse.

— Diagnostic différentiel et causes des hydropisies de l'œuf humain.

— De l'extraction du fœtus par les voies naturelles pendant l'agonie ou après la mort de la femme. Question considérée aux points de vue obstétrical et médico-légal. Paris, 7 p. in-8. (Extrait de l'*Union médicale*, 24 juin.)

— Recueil de mémoires et d'observations sur les accouchements (physiologie, pathologie, médecine légale) et sur les maladies des femmes, t. I, in-8, IV, 311. Ce volume contient les mémoires ci-après, déjà publiés séparément mais corrigés et augmentés : 1° recherches sur l'auscultation ; 2° recherches sur la

pas de modification de la sensibilité tactile, ni aux endroits atteints, ni à ceux demeurés intacts.

État général : anémie avec catarrhe gastrique ; malgré des présomptions de tuberculose, l'examen des crachats ne décèle pas la présence du bacille de Koch.

Absence de sucre dans les urines.

Parmi les substances dont le sujet faisait usage au moment de l'apparition de l'affection, S... nous cite la poudre de Dower et les capsules de créosote ; il fait actuellement encore grand usage de cette dernière substance ; c'est à cet emploi prolongé que nous avons attribué, en partie du moins, le catarrhe gastrique, si bien qu'il a suffi de supprimer l'usage de la créosote pendant quelques jours et de prescrire du bicarbonate de soude, pour voir les troubles de l'estomac s'améliorer, en même temps que l'affection linguale disparut passagèrement. Nous reviendrons d'ailleurs plus loin sur ce fait.

Le sujet ne fait pas usage de tabac.

L'affection reparut vers le 10 octobre ; ainsi que précédemment elle débuta par le centre, au-devant du V lingual ; de là elle s'étendit vers les bords : c'était d'abord comme un léger duvet blanchâtre, qui peu à peu se fonça en couleur, à commencer par les parties les plus anciennes, devint jaune, puis brun et enfin noir. Puis les filaments se détachèrent quatre semaines environ après leur apparition, les parties les plus anciennes tombant les premières ; deux semaines plus tard, les phénomènes de poussées et de chutes successives se reproduisirent dans le même ordre de succession.

Nous voyons le sujet le 15 janvier 1893 : la langue est presque complètement recouverte de productions identiques à celles observées quelques mois auparavant.

L'acidité de la bouche est très prononcée.

Le sujet se trouve à une période avancée de la tuberculose pulmonaire.

Nous enlevons par le raclage une partie des productions linguales et plaçons dans divers tubes, suivant l'endroit où elles étaient recueillies, les quantités nécessaires pour les recherches projetées ; nous faisons sur place des ensemencements dans des tubes de gélatine peptonisée et sur agar. Nous remettons au sujet du bicarbonate de soude à tenir d'une manière *continue*, à petites doses, dans la bouche, de façon à modifier la réaction du milieu : malgré cette médication employée pendant plusieurs jours, pas le moindre changement ne survint dans l'état de la surface linguale ; la desquamation ne s'établit que plusieurs jours plus tard, dans les mêmes circonstances que d'ordinaire ; et, bien que, ainsi que je l'avais déjà constaté au mois d'octobre, le sujet prolongeât l'usage du bicarbonate de la manière indiquée, l'affection reparut dans les mêmes conditions que précédemment.

Examinées au microscope, les productions présentent le même aspect que celles décrites par Raynaud d'abord, puis par Féréol, Lancereaux, Dessois, Mathien, Lannois, pour ne citer que les principales observations. Les figures qui accompagnent les descriptions données par certains de ces auteurs concordent sensiblement avec ce que nous avons observé ; aussi ne reviendrons-nous pas sur ce point acquis, à savoir, qu'il s'agit d'une hypertrophie épithéliale piliforme (Féréol), mais nous insisterons sur la pathogénie de cette singulière affection.

Raynaud, en 1866 déjà, posait la question et donnait son opinion en ces termes(1) : « Est-ce le parasite qui provoque par sa présence la prolifération et la condensation des éléments de l'épithélium lingual ? Est-ce, au contraire, l'épithélium préalablement transformé en cylindre piliforme, qui offre au parasite les conditions d'habitation qui favorisent son développement ? Cette seconde manière de voir me paraît la seule admissible. »

Raynaud, dans le même article, fait une longue description de spores d'un diamètre de 45 μ, très réfringentes, présentant un point obscur à leur centre, et qu'il a trouvées dans deux cas ; dans l'un des deux il ne les a observées qu'une seule fois.

Lancereaux (2) décrit non seulement des spores, mais encore des tubes sporifères dont la représentation s'éloigne absolument de ce qui fut décrit avant ou après lui.

Dessois (3) s'efforce de démontrer la théorie parasitaire,

(1) *Union médicale*, Paris, 1869, n° 78, p. 19.
(2) *Ibid.* Paris, 1877, n° 33, p. 459.
(3) DESSOIS. *Thèse de Paris*, 1878.

---

brièveté et la compression du cordon ombilical ; 3° questions médico-légales, relatives au cordon ombilical ; 4° Recherches sur les variétés de dimension et de forme du bassin normal chez la femme.

— Relâchement des symphyses du bassin après l'accouchement. (*Gazette hebdom. de méd.*, 30 mai.)

— Accouchement forcé, pratiqué chez une femme agonisante, au neuvième mois de sa grossesse, dans le but de sauver plus sûrement la vie du fœtus. Histoire et réflexions. (*Union méd.*, 25 octobre, d'après le *Boll. delle sc. méd. de Bologne.*)

— Observation de dystocie occasionnée par une tumeur fibreuse de l'utérus. (Cité in *Gazette hebdom. de méd.* p. 761, 784.)

1863 Rapport sur un instrument dilatateur de l'utérus, du Dr Dandé (de Marvejols), pour provoquer l'accouchement prématuré. (*Bull. de l'Académie de méd.*, 1re série, t. XXVIII, p. 395.)

1865 Rétrécissement rachitique et conformation insolite du bassin (43 millimètres dans le plus grand diamètre). Avortement provoqué à cinq mois ; guérison, in-8, 15 p. (Extrait du *Bull. de l'Académie de méd.*, 1re série, t. XXXI.)

1868 De la constatation des naissances à domicile. Rapport à l'Académie de médecine, à l'occasion d'une note de M. G. Rousseau, in-8, 16 p. (Extrait du *Bull. de l'Académie de méd.*, 1re série, t. XXXII.)

1869 Amendements et additions au règlement proposé par la Commission des nourrissons. — Sur la mortalité des nourrissons. — Mémoires lus à l'Académie de médecine, les 14 septembre, 19 octobre 1869 et 1er février 1870. (Paris, 24-11-11 p. ; 1870, in-8.)

1871 Note sur l'organisation et le fonctionnement des secours aux malades et blessés des armées sur le réseau P.-L.-M.

— Rapport de la commission de l'hygiène de l'enfance

et il décrit un microphyte, « le glossophyton », d'une teinte sépia, dont la description et la représentation ne correspondent aucunement à celles données par les précédents observateurs.

Pasquier (1) dit avoir retrouvé les spores décrites par Dessois.

Sell (2) et Butlin (3) observent la présence de micrococci et se déclarent partisans de la théorie parasitaire.

Lannois (4) décrit des microcoques différents de ceux observés par Dessois, mais se déclare cependant partisan de la même opinion.

Exposons maintenant les résultats d'autres observations opposées aux précédentes.

Raynaud (5) ne retrouve pas les spores dans un cas, sans compter, dit-il, « trois on quatre cas qui ne paraissent pas présenter une netteté suffisante à ce sujet ».

Féréol (6), Vidal (7) ne retrouvent pas les spores décrites par Raynaud et par Lancereaux; Mathieu arrive au même résultat négatif (8).

M. Firket (9) mentionne la présence d'un grand nombre de microcoques, « ce qui n'offre rien d'anormal en présence du grand nombre de microbes qui s'observent constamment dans l'enduit de la langue ».

Ces diverses observations ont porté sur des cas où la coloration noire de la langue était due à une hypertrophie et à une coloration de la couche épithéliale.

Tout autre est la nature du cas rapporté par M. Armaingaud (10), où la coloration noire était due au dépôt d'une matière colorante qui apparaissait à la surface de la langue, dans certaines conditions bien déterminées, et qui disparaissait par des lotions pratiquées avec un mélange d'huile et de glycérine.

(1) *Bulletin médical du Nord*, mai 1883.
(2) *Internat. Centralblatt fur Laryngol*, II, 1885.
(3) *Glascow med. Journ.*, janvier 1886.
(4) *Annales des maladies des oreilles et du larynx*, novembre 1888.
(5) *Union médicale*, 1869, n[os] 77 et 78.
(6) *Ibid.*, 1877, n° 13.
(7) *Ibid.*
(8) *Manuel de microscopie clinique de Bizzozero et Firket*, 1885, p. 196.
(9) *Ibid.*
(10) *Revue des sciences médicales*, t. XI, p. 185.

Tout autre également est le cas rapporté dans ces derniers temps par MM. Ciaglinski et Hewelke (1), où la coloration noire de la langue reconnaissait pour cause le développement d'un végétal se rapprochant du *Mucor rhizopodiformis* par certains caractères s'en écartant par d'autres, et auquel ces auteurs donnent le nom de *Mucor niger*. Bien que, à première vue, un pareil fait puisse sembler étrange, l'étude minutieuse que les auteurs ont faite de ce végétal ne peut laisser place au doute sur la nature du cas observé par eux. D'autre part, le résultat du traitement a confirmé les données fournies par l'observation directe : il autorise à affirmer la nature essentiellement parasitaire du cas étudié par MM. Ciaglinski et Hewelke; en effet, la coloration disparut définitivement, en trois jours de temps, sous l'influence de gargarismes d'acide borique.

Nous avons en affaire, non point à l'une de ces deux dernières formes, mais bien à celle qui se manifeste par un développement de l'épithélium et des papilles filiformes de la langue, et dont la cause (nature parasitaire ou trouble trophique) est discutée.

Nous avons donc porté notre attention sur ce point de pathogénie et nous nous sommes efforcé de contrôler les recherches que Dessois a longuement exposées dans son travail.

Cet auteur déclare que « la coloration noire avec hypertrophie des papilles linguales coexiste toujours avec la présence d'un parasite végétal ».

Or, nous avons dit plus haut que les divergences d'opinion qui se sont produites quant à la présence d'un parasite et par rapport à l'aspect qu'il présente.

J'ai vu le sujet, qui fait l'objet de cette étude, une première fois au mois de septembre 1892 : j'ai trouvé de nombreuses colonies de microcoques, disposés en zooglées grisâtres, entourant les tiges épithéliales comme d'un manchon. Elles correspondent, quant au dessin, à celles que Dessois joint à sa thèse, et, pour la description, aux termes de Lannois (2), a part cependant quelques points que nous relèverons plus loin.

(1) *Kronika Lekarska*. Varsovie, novembre 1892.
(2) *Annales des maladies des oreilles et du larynx*, novembre 1888, p. 573.

(Extrait du *Bull. de l'Académie de méd.*, t. XXXVI.) Il s'agit de l'organisation de la Commission.

1872 à 1890 Rapports annuels rédigés au nom de la Commission. (In-8, Paris, 1873 à 1891.)

1874 Compte rendu abrégé d'une mission au Congrès médical de Marseille (question de la protection de l'enfance). In-8, 8 p. (Extrait du *Bull. de l'Académie de méd.*, 2[e] série, t. III.)

1880 Rapport sur un travail de M. le D[r] Gallard ayant pour titre : Considérations médico-légales sur la simulation (Ibid., t. IX, p. 196.)

— De l'allaitement artificiel (Ibid., p. 290).

1883 Conseils élémentaires aux mères et aux nourrices. (*Bull. de l'Académie de méd.*, 2[e] série, t. XI, p. 353.)

— Note relative à la contagiosité du choléra. (Ibid, p. 1166.

1884 Résumé d'une enquête sur l'épidémie de choléra en 1884 dans les provinces du sud-est de la France et sur le réseau des chemins de fer Paris à Lyon et à la Méditerranée, lu à la séance de l'Académie de médecine du 27 octobre. (Ibid., t. XIII, p. 1384.)

1886 Notice sur le chirurgien Coutouly et sur ses œuvres, 1738-1814. (Ibid., t. XVI, p. 317.)

(Sans date) Rapport fait à la Société de médecine de Paris, sur une observation de monstruosité double adressée par M. Prus.

— Observations critiques et notes à l'occasion d'un mémoire des D[rs] Trezzi et Vittadini, intitulé : *Considérations médico-légales, sur la dessiccation* du cordon ombilical.

(Diverses dates) Instructions médicales destinées aux employés et ouvriers des chemins de fer, comprenant les précautions hygiéniques à prendre, les premiers secours, etc.

M. Charles de Villiers a publié aussi de nombreux articles de critique, d'analyse et des traductions d'ouvrages anglais, espagnols et italiens concernant la médecine, la chirurgie et

Observons d'abord que les zooglées se retrouvaient bien plus sur les vieilles tiges que sur les jeunes, — ce qui n'a rien d'étonnant si l'on pense qu'il s'agit de colonies qui se sont fixées en ce lieu à cause de la disposition même du terrain, et qu'elles s'y sont naturellement accrues et multipliées.

Nous avons également constaté que la « sépia », telle que l'indique Dessois, n'est qu'une apparence due an voisinage immédiat des productions épithéliales fortement colorées auxquelles les zooglées sont fixées ; en effet, sur les parties des tiges qui n'ont pas encore subi la modification de coloration, ainsi qu'aux confins des colonies, les microcoques apparaissent parfaitement incolores ; leur masse seule donne à leur zooglée une apparence grisâtre, signalée par Lannois, et qui n'a rien de spécial.

Dans nos recherches ultérieures, nous avons retrouvé ces microcoques présentant le même aspect que précédemment mais alors encore, et contrairement aux observations de Dessois, nous les avons toujours trouvés bien plus nombreux sur les tiges provenant des parties les plus anciennes de la plaque épithéliale ; ils existaient aussi sur les endroits où la muqueuse était intacte, notamment à la pointe de la langue.

Reprenons ici deux points consignés dans la communication de Lannois :

Le premier concerne l'absence de coloration des « spores » si l'on soumet celles-ci à l'action des couleurs d'aniline ; or, tous les essais que nous avons faits nous ont, au contraire, démontré que ces « spores » se colorent parfaitement par les couleurs d'aniline, et particulièrement à l'aide de la fuchsine.

La seconde observation se rapporte à « l'existence d'une « gaine contenant les spores ». Des observations attentives et multiples ne nous ont jamais fait déceler la présence d'une « gaine enveloppante ». Dessois, également, ne mentionne et ne représente pas davantage de gaine autour des spores qu'il figure dans la planche jointe à son travail.

Nous avons dit plus haut que des ensemencements sur gélatine furent faits en introduisant des filaments recueillis en diverses parties de la plaque épithéliale ; les tubes de culture furent maintenus à une température d'environ 15° : il ne se produisit aucun développement autour des productions filiformes introduites dans les tubes.

Les essais sur agar, maintenus à la température de 25°, ne furent pas plus fructueux.

---

les accouchements et il a laissé les manuscrits ci-après, qui ne portent aucune date de publication :

Mémoire sur les usages de l'hydrorrhéomètre.

Note sur un brancard à roue à l'aide duquel un seul homme peu transporter un malade.

Note sur un porte-caustique mobile.

Collection d'un millier d'observations d'accouchements recueillies tant à la Maternité que dans la pratique privée.

Collection de dessins et d'aquarelles relatifs à l'obstétrique. (Tous ces documents ont été donnés, par lui, à l'Académie.)

Dr A. Dureau.

Rappelons que Courmont avait déjà tenté, en 1888, d'obtenir des cultures, mais également sans succès.

D'autre part, je fis à un chien et à un lapin, à diverses reprises, de nombreuses inoculations aux faces supérieure et inférieure de la langue, en raclant la couche superficielle de l'organe, en y faisant de très légères incisions, de manière à n'entamer que la muqueuse, et déposant aux endroits opérés des productions épithéliales fraîches provenant de diverses parties de la plaque noire qui occupait la langue de notre malade ; or, il ne se manifeste pas la moindre production à ces endroits, malgré la précaution prise de mettre l'animal dans l'impossibilité de faire disparaître les produits inoculés.

L'expérience étendue aux muqueuses nasale, palpébrale et cornéenne, fournit le même résultat négatif.

L'état tuberculeux de S... ne m'autorisa pas à faire des expériences sur l'homme sain ; d'autre part, aucun des phtisiques auxquels je proposai de se soumettre à semblable essai n'y consentit.

Dessois avait tenté vainement des inoculations sur lui-même ; il attribua ses échecs au défaut d'acidité de sa bouche. Or, les faits nous prouvent que l'acidité du milieu n'est nullement une condition d'apparition de l'affection ; en effet, Raynaud ne l'a pas constatée dans les divers cas dont il a relevé l'observation (1). Lancereaux ne semble pas même l'avoir recherchée ; il dit cependant « que les deux sujets jouissaient d'une bonne santé ». Dessois a constaté la réaction acide de la bouche ; mais « le phénomène s'est manifesté, avec son maximum d'intensité, quelques jours après l'usage de chlorate de potassium », — ce qui prouve, soit dit en passant, que les alcalins n'empêchent pas le développement de l'affection. Lannois a constaté la réaction acide dans un seul des trois cas observés par lui. Enfin, nous avons administré du bicarbonate de soude pendant plusieurs semaines, *d'une manière continue*, ainsi que nous l'avons exposé plus haut, et l'affection s'est étendue malgré le milieu alcalin ainsi constitué.

Il faut revenir sur un fait dont nous avons dit un mot précédemment : l'affection disparut en trois jours de temps, lorsque, pour la première fois, il fut administré du bicarbonate de soude. Toutefois, on ne saurait en conclure que le changement de milieu fut la cause de ce fait ; car, suivant le témoignage de plusieurs observateurs, l'affection disparaît parfois spontanément, suivie ou non de récidive. Notre sujet se trouvait dans le premier cas : à intervalles irréguliers survenait une desquamation qui commençait précisément par les parties les plus anciennes. Selon toute probabilité, il n'y a donc eu que simple coïncidence entre le fait de l'administration du bicarbonate de soude et la disparition de l'affection, qui, d'ailleurs, s'est faite dans les mêmes conditions que précédemment (10 octobre environ).

Au mois de janvier, je tentai à nouveau l'expérience : la desquamation ne s'effectua que plus tard ainsi que je l'ai déjà exposé plus haut.

Ces faits démontrent à toute évidence *l'indifférence de réaction du milieu* pour la production de l'affection qui nous occupe ; ils s'expliquent facilement si l'on suppose que la desquamation est le résultat de la transformation cornée des cellules qui se trouvent au point d'implantation des

(1) *Union médicale*, Paris, 1869, n° 78.

productions épithéliales, qui, dans ces conditions, se détachent facilement de la muqueuse à laquelle jusqu'alors elles étaient assez adhérentes.

Il est encore deux faits qui nous poussent à croire qu'il ne peut s'agir d'une affection parasitaire : ce sont, le premier, la marche de l'affection ; le second, l'impuissance des parasiticides les plus énergiques à empêcher l'apparition du phénomène.

Dans le cas présent, comme dans ceux observés par la plupart des auteurs, débutant *toujours* par le centre, l'affection s'étendait ensuite vers les bords, symétriquement des deux côtés en même temps ; on peut croire que s'il s'agissait d'une affection de nature parasitaire, on n'observerait pas cette constance dans le lieu d'apparition du phénomène ni cette régularité dans le développement, surtout si l'on tient compte de la mobilité de l'organe.

Ce qui confirme notre opinion — à savoir qu'il s'agit d'un trouble trophique absolument indépendant de la présence d'un micro-organisme, — c'est que, chez le sujet de la présente observation, il existait une tendance remarquable aux hypertrophies des papilles linguales ; la surface linguale restée intacte était villeuse — je ne puis mieux comparer, sous ce rapport, la langue de S.... qu'à celle du chat (Dinkler, dans un cas semblable, fait le même rapprochement) — et les papilles caliciformes formaient à la base de l'organe des tumeurs d'un diamètre d'un centimètre environ. Notons encore l'allongement considérable de la luette que, depuis, S... s'est fait enlever à cause de la gêne qu'elle lui causait.

Le dernier fait qui nous entraîne à combattre la théorie parasitaire est, ainsi que nous l'avons dit, l'impuissance des parasiticides les plus énergiques à empêcher le développement de l'affection.

Chez le sujet qui fait l'objet de l'observation de Dessois, l'apparition de l'affection a été précédée, pendant plusieurs jours, d'applications sur les papilles d'une solution de sublimé au 1/500e, c'est-à-dire que, d'après les travaux de Jalan de la Croix (1), cette solution était 5 fois plus forte qu'il n'était nécessaire pour empêcher le développement de bactéries placées dans les meilleures conditions de culture. Et pourtant ces lavages répétés sont restés impuissants à prévenir l'apparition de la « glossophytie ».

D'autre part, MM. Ciaglinski et Hewelke ont observé un cas où un traitement énergique au salol et à l'acide borique n'apporta aucun changement à l'état local.

Divers auteurs ont également constaté l'impuissance des antiseptiques à prévenir et à enrayer le développement de l'affection.

Nous ne nous arrêterons qu'un instant à l'étude de la matière colorante qui imprègne les cellules épithéliales.

Dessois et d'autres ont cru qu'il s'agissait d'un produit sécrété par les micrococcus fixés aux cellules ; en d'autres termes, ils considèrent ce microbe comme chromogène.

Or, si l'on étudie la matière colorante, on peut aisément constater qu'elle se distingue nettement des substances analogues produites par d'autres microbes chromogènes ; en effet, tandis que ces dernières sont ou solubles dans l'eau, ou modifiées soit par les alcalis, soit par les acides, la matière colorante, dans le cas présent, reste réfractaire aux agents chimiques les plus énergiques (potasse caustique, eau de javelle, acides minéraux) ; ce sont là précisément les caractères de la substance colorante des tissus cornés.

(1) Voir Cornil et Babes. *Les bactéries*, 1886, p. 46.

A côté de l'indifférence de réaction du milieu pour la production de l'affection qui nous occupe, il faut noter que l'âge et l'état général n'exercent aucune influence. En effet, Raynaud observa cette affection chez un enfant de 2 ans et chez une femme de 73 ans.

L'état général n'a pas plus d'action : tandis que certains observateurs (Raynaud, Lancereaux, Féréol) ont constaté l'existence de cette affection chez des sujets bien portants, d'autres ont signalé la coexistence de diverses maladies (épilepsie, troubles digestifs, divers mal de Pott, ataxie locomotrice).

Quant au *pronostic*, il est absolument bénin : Graham cite un cas qui dura douze ans et qui ne causa jamais le moindre inconvénient chez le sujet.

Le traitement semble impuissant dans le cas où la coloration est due à une « hypertrophie épithéliale piliforme » ; les alcalins, les parasiticides sont incapables de prévenir l'affection ou d'enrayer sa marche. Des raclages répétés seraient peut-être le meilleur moyen à opposer à son développement.

Des lotions à l'acide borique sont, au contraire, efficaces si l'on se trouve en présence de la forme parasitaire de la langue noire (Ciaglinski et Hewelke).

Conclusions. — De l'ensemble des faits exposés plus haut, on est autorisé, pensons-nous, à conclure :

1° Que l'hypertrophie épithéliale piliforme (Féréol, Schech), qui s'observe parfois à la surface de la langue, donnant à celle-ci une coloration d'abord jaune, puis brune et enfin noire, n'est pas due à la présence d'un micrococcus, mais qu'elle résulte d'un trouble trophique, dont il ne nous est pas possible de déterminer la nature, et en tout cas absolument indépendant de l'âge du sujet, de son état général et de la réaction du liquide buccal ;

2° Qu'il faut rapporter cette affection plutôt au groupe des affections néoplasiques bénignes, et du papillome en particulier, qu'au groupe des affections parasitaires.

PATHOLOGIE MÉDICALE

SUR L'ALBUMINURIE ET LE BRIGHTISME

Par M. G. Sée.

Suite et fin (1).

IV

BILAN AZOTÉ DES NÉPHRÉTIQUES.

Un autre moyen de contrôle non moins important est tiré du bilan azoté des néphrétiques — ce bilan diffère du bilan normal dans bon nombre de cas. — Nous ne parlerons pas plus ici que dans le chapitre de l'intoxication, des urines dans l'état urémique ; cet état influence toutes les mutations de l'organisme ; les néphrites les influencent peu, mais assez pour que les éliminations azotées de l'indi-

(1) Voir le numéro précédent.

vidn sain et dn néphrétique diffèrent totalement ; ce sera surtout dans la manière dont s'exerce la résorption dans les organes éliminateurs qne réside le signe spécial.

Résorption. — Ainsi, dans l'intestin, il y a désormais nne manvaise *absorption* des aliments, et dans les sécrétions intestinales plns d'azote que normalement, ce qui fait que l'azote, c'est-à-dire l'urée, apparaît en moins dans les urines.

Élimination d'azote. — Les recherches récentes montrent d'ailleurs dans la plupart des *néphrites non urémiques* une *élimination d'azote* par les fèces aussi considérable que chez l'homme sain, mais jamais assez marquée pour influencer la somme des principes azotés de l'urine ; c'est la non-absorption qui modifie et diminne cette somme.

Rétention d'azote. — Comment et jusqu'à quel degré les inflammations rénales modifient-elles les excrétions azotées? Dans la uéphrite aiguë, il est certain qu'il se produit une rétention d'azote dans l'économie. Dans la néphrite chronique, soit interstitielle, soit parenchymateuse, toutes les recherches sont d'accord pour établir que dans la plupart des cas l'élimination d'azote urinaire en est normale ou fortement *diminuée.* La rétention d'azote soutenue d'ailleurs par l'absence d'autres éliminations azotées par exemple par la sueur, ne peut être récusée ; les transpirations azotées sont des plus douteuses, et il n'y a pas à compter sur les moyens sudatoires pour guérir une néphrite ; c'est une vieille illusion.

Rétention et débâcles. — Mais il se fait souvent après une rétention d'azote, une sortie spontanée, une débâcle d'éléments azotés (Noorden et Ritter). Il résulte de là qu'il n'y a pas, dans les uéphrites chroniques, un rapport typique, toujours le même, entre les recettes et les dépenses d'azote, ce rapport varie de telle façon qu'il ne représente pas un état définitif, favorable ou déplorable de la maladie.

Conséquences comme régime. — Comme conséquences, le rapport est souvent tel que les malades sont parfois en état d'élaborer une nourriture très albumineuse ; d'autres fois, au contraire, ils retiennent l'azote dans les tissus.

La question de savoir si on doit prescrire aux néphrétiques une ration pauvre en albumine est résolue affirmativement pour les néphrétiques à l'état aigu, de même pour les urémiques et pour les uéphrétiques atteints d'aggravations subites chroniques. Au contraire il faut douter de l'utilité de ce régime pour les uéphrites interstitielles ou parenchymateuses à marche lente insidieuse, attendu que le pouvoir de résistance de l'organisme se trouve, par la soustraction de l'azote, bien plus endommagée que par une rétention quelconque d'urée.

Retard de l'élimination. — Le signe de cette rétention se traduit simplement par un retard d'élimination ; lors du passage d'un régime albumineux pauvre à un régime plus riche, il s'établit bien un équilibre entre l'élimination azotée et l'apport d'azote, mais bien plus tard chez les brightiques qu'à l'état normal. De même aussi, lors du passage d'une ration très azotée à un régime plus pauvre en albumine, l'excrétion de grandes quantités d'urée chez les uéphrétiques se maintient bieu plus longtemps que chez un individu sain servant de témoin. Il résulte de là que l'albumine pénètre bien dans l'organisme, mais que les reins malades ne parviennent à éloigner que plus lentement la partie azotée des produits de décomposition de l'albumine. Ce phénomène de l'élimination lente d'urée a même lieu régulièrement chez les brightiques qni rendent beaucoup d'urée. Chez un cardiaque rendant 6 à 700 grammes d'urine contenant 0,40 d'albumine, rien de pareil n'eut lieu; c'est là un fait considérable et décisif.

Le suc gastrique altéré et pauvre en acide chlorhydrique est aussi un fait habituel.

V

BRIGHTISME GOUTTEUX.

Voici maintenant le brightisme goutteux, c'est-à-dire les rapports de la *diathèse goutteuse* et de la maladie de Bright. De toutes les diathèses qui nous ont persécuté, il n'en reste plus qu'une ; ce n'est pas moi qui le dit, c'est Dieulafoy, qui ajoute qu'elle est solide qu'elle ne se laissera pas entamer; la clinique est là, dit-il, qui la maintient dans son intégrité malgré les théories et les tendances du jour. Or il se trouve que, dans la même séance de l'Académie, M. Lancereaux accuse le mot *goutte* d'être un terme vague qui n'explique rien ; il est démontré aujourd'hui, dit-il, que la goutte n'est qu'une forme de rhumatisme chronique. Quelle malheureuse confusion, empruntée des deux parts à la clinique, à laquelle on fait dire tout ce qu'on veut. La vraie formule de la goutte, dont personne ne peut nier l'existence nette et définie, cliniquement, et cela à l'encontre du fameux arthritisme, qui n'est qu'un tissu d'hypothèses, la vraie formule est aujourd'hui d'ordre chimique. Nous avons appris par elle six choses importantes : 1° c'est que l'acide urique n'est pas un produit azoté mal brûlé, mal oxydé, et n'a aucun rapport avec les combustions aboutissant à l'urée; 2° la goutte n'est pas une uricémie, c'est-à-dire une accumulation d'acide urique dans le sang, car elle est à peine appréciable dans le sang, et difficile à juger dans les urines; 3° les recherches récentes ont démontré que, si on examine les urines en les faisant passer par un filtre contenant 0,20 d'acide urique pur, on voit l'urine goutteuse se déposer sur ce filtre d'une manière complète ; c'est l'acide urique qui est facilement éliminable, et se différencie ainsi de l'acide urique fixe ou stagnant, qui existe dans une foule d'autres cas, spécialement chez les rhumatisants et les cardiaques qui sont complètement distincts des goutteux; 4° dans l'accès, l'acide urique présente aussi une forme difficilement soluble, et il tend à se déposer, de sorte qu'il est en réalité toujours *diminué* pendant cet accès ; 5° la gravelle et les calculs du rein n'ont qu'un rapport indirect et accidentel avec la goutte, et il existe encore une foule de cas (Virchow, Fuhrbringer, Ebstein) de lithiase rénale, sans qu'il y ait la moindre trace d'uricémie ou de goutte. Enfin, 6° voici le fait dominant toute la situation : on sait aujourd'hui (Kossel) que diverses espèces de protéides ou de nucléines donnent naissance par leur dédoublement, sous l'action des acides faibles, à une série de bases xanthiques (xanthine, adénine), véritables leucomaïnes (Gautier), qui ont une étroite parenté chimique avec l'acide urique. Là où il se fait beaucoup de globules blancs, source de la nucléine et de corps xanthiques, comme dans la leucocytémie, c'est là qu'il se fait le plus d'acide urique.

Donc la goutte est une altération *qualitative ou quantitative* des globules blancs, et, comme le dit Ranvier, ce sont ces globules blancs qui servent d'intermédiaire entre le liquide nourricier et les éléments fixes des tissus. C'est

dans ce milieu, dans cette trame connective, traversée sans cesse par les leucocytes et les phagocytes (de Metchnikof), et doué d'une suractivité de mutations; c'est dans ce milieu que se fabriquent les protéides, les nucléines, qui se déversent ensuite dans le sang où ils se retrouvent sous forme de traces d'acide urique; ce sont les seuls signes de l'uricémie.

Quels peuvent être les rapports de la goutte, de *cette goutte* normale avec le brightisme. Il n'y en a aucun, dit Lancereaux; on n'est pas brightique parce qu'on est goutteux, car tous les goutteux auraient les reins pris et l'on vient de voir qu'il n'en est pas ainsi. Qu'arrive-t-il si le goutteux devient brightique? Il devient artérioscléreux, et c'est là la condition absolue de la néphrite goutteuse. Donc le goutteux n'est pas un rénal; il est un artérioscléreux ou il n'est rien qu'un fabricant de protéides, de nucléines, qui sont la cause véritable de la formation de l'acide urique.

Rien à démêler avec les albumines, ni avec le régime fortement azoté. Toute la question clinique, toutes les indications thérapeutiques sont donc à revoir, d'après les travaux récents et positifs de la chimie moderne.

VI

CHLORO-BRIGHTISME.

Rien n'indique l'existence du chloro-brightisme, c'est-à-dire sans albuminurie. — Lancereaux le nie formellement. — J'ai insisté récemment sur les divers genres de chlorose, entre autres, sur la chlorose artérielle et la chlorose cardiaque; l'une est une chlorose grave, précoce et permanente, qui se rapporte, comme l'a dit Virchow, à une altération congénitale de l'aorte; elle consiste dans un rétrécissement général des artères, Lancereaux l'a vu sur l'aorte; l'auscultation ne permet pas même de soupçonner une pareille lésion, qui finit toujours mal et explique la résistance de la chlorose à tous les traitements.

La chlorose cardiaque est tout aussi souvent méconnue; elle se traduit par un bruit mitral systolique, et plus souvent par un souffle aortique postsystolique, qui finit par céder en même temps que la dyspnée qu'on rapporte trop exclusivement à l'anémie; elle cède à l'iodure de calcium ou de potassium, mais le souffle chloro-anémique persiste.

Il en est de même quand la lésion cardiaque se traduit, ce qui est fréquent, par un rétrécissement mitral, qui cède plus facilement que toute autre lésion.

Outre ces chloroses artérielles et cardiaques, il existe fréquemment des chloroses avec albuminurie persistante et grave; mais je n'ai jamais vu de chlorose survenir par le petit brightisme d'une manière assez sûre pour forcer ma conviction. Mais, ce qui me frappe dans les observations de Dieulafoy, c'est un fait considérable, qui à lui seul suffit pour faire soupçonner, pour affirmer même le brightisme vrai souvent grave; je veux parler des œdèmes des paupières ou des membres inférieurs. Savez-vous combien de fois cette hydropisie est notée? J'ai relevé et additionné 18 cas sur 30 dans la communication de notre collègue.

Or, cette constatation si caractéristique du véritable brightisme nous reporte à l'illustre Bright qui compte les œdèmes au nombre des trois éléments caractéristiques, fondamentaux de la maladie. Je n'ai pas besoin de plus, le témoignage de Bright me suffit et la précision clinique de Dieulafoy me satisfait entièrement; le petit brightisme est devenu inutile au diagnostic 18 fois sur 30.

Je conclus en disant que le chloro-brightisme n'existe que comme une association morbide bien définie, bien patente; c'est la maladie de Bright, non albuminurique, chez une chlorotique.

VII

DES PHOSPHATES CALCAIRES DU LAIT. — ABSORPTION DE L'ACIDE PHOSPHORIQUE. — TRAITEMENT DES AFFECTIONS BRIGHTIQUES.

Dieulafoy nous a dit que le lait n'améliore pas la situation de l'albuminurique, au point de vue de la quantité d'albuminurie; cela est parfaitement vrai, et toutes les discussions à ce sujet sont contradictoires. Dieulafoy ajoute que le lait est surtout utile dans la maladie de Bright fruste, ce que j'appelle la néphrite latente, et j'ajoute les urémies surtout scarlatineuses, puerpérales. Naturellement elles doivent être nettement établies et inattaquables. Que fait donc le lait en pareil cas? Le lait est un aliment à la fois albumineux, et hydrocarburé; l'albumine c'est la caséine, quand elle est modifiée, elle sert à fabriquer une espèce de nucléines, dont il faudra désormais tenir compte, quoiqu'elles ne soient pas directement nutritives. Outre l'élément albumine et nucléo-albumine, il y a le phosphate de chaux, dont il s'agit de déterminer l'absorption, car, comme l'a dit Dujardin-Beaumetz à l'occasion des sels calcaires que j'ai décrits il y a un an, le phosphate de chaux tribasique est à peine absorbable, il ne pénètre que par le lait, c'est-à-dire le phosphate calcaire contenu dans le lait sous forme de combinaison protéique. Il était intéressant de résoudre cette question compliquée, en dosant d'une part l'acide phosphorique ingéré au cours d'un régime exclusivement lacté, et d'autre part l'acide phosphorique éliminé dans le même temps par les urines et les excréments.

Ce travail a été fait à l'Hôtel-Dieu par M. Villejean, pharmacien en chef et agrégé de la Faculté; et cela au moyen d'un lait naturel surphosphasté provenant d'un domaine des environs de Paris.

Voici l'expérience: pendant cinq jours, absorption journalière de 2 litres de lait phosphaté renfermant une quantité totale de 13 gr. 20 d'acide phosphorique. L'analyse des matières fécales démontra qu'elles ne renfermaient que 3 gr. 12 d'acide phosphorique. Il faut en conclure qu'une quantité de 13 grammes moins 3 gr. 12, soit 10 gr. 0,75 d'acide phosphorique a été absorbé par l'intestin.

Pendant les quatre jours de régime lacté *absolu*, les quantités d'acide phosphorique éliminé par l'urine ont été de 2 gr. 19, 2 gr. 96, 3 gr. 69, 3 gr. 57, au total 12 gr. 42.

En résumé, acide éliminé:

Par urines...........	12 gr. 427
Par fèces............	3 — 125
Total........	15 gr. 552

Acide absorbé: 13 gr. 20.

Différence, 2.352 qui ont été fournis par l'économie, et représentant sans doute la part attribuable à la destruction des lécithines de l'organisme, lécithines glycérophosphoriques se rapprochant des nucléines qui sont aussi à acide phosphorique.

Je vois un élément nouveau, c'est-à-dire l'acide phosphorique, qui reparaît dans les urines après avoir été ab-

sorbé dans le lait ou fournies par les protéides de l'économie.

VIII

RÉSUMÉ.

1° L'albuminurie manque rarement d'une manière complète et permanente dans les néphrites. Souvent elle a précédé le mal de Bright pour disparaître temporairement; mais elle appartient à l'histoire du malade. En aucun cas on ne doit nier d'une manière absolue la présence de l'albumine dans les urines, que si on a examiné celles-ci aux grandes périodes horaires du jour total. Ainsi, dans l'urine de la nuit et du matin, l'albumine manque dans tous les cas d'albuminuries fonctionnelles ou physiologiques; il en est de même dans les néphrites chroniques, surtout dans les néphrites interstitielles. Or, c'est précisément le matin que chez nos malades d'hôpital on a l'habitude d'analyser l'urine;

2° Dans les néphrites sans albuminurie avérée, les phénomènes décrits par Dieulafoy, sous le nom de petit mal de Bright, particulièrement les troubles de l'ouïe, la sensation du doigt mort, la fréquence de l'urination sans diurèse ou pollakiurie, la sensation du froid ou cryesthésie n'ont rien de spécial, et peuvent se retrouver dans une foule d'affections du système nerveux indépendantes du mal de Bright;

3° Il n'y a de valeur véritable que pour un seul signe, l'œdème de la face ou des membres inférieurs; la présence de cette hydropisie permet dès le début de reconnaître le mal de Bright latent, quand on a défalqué de cet œdème variable, l'œdème déclive (ou des membres inférieurs) provenant d'une lésion du cœur;

4° Un autre signe qui a été considéré comme appartenant spécialement à la néphrite latente, c'est l'hypertension ou l'hyperpression, affirmée comme de grande valeur par un grand nombre d'auteurs français et allemands. Or, jamais personne n'a pu mesurer la pression, et les instruments employés dans ce but surtout par M. de Bash (de Vienne) sont absolument infidèles et sans portée pratique;

5° La seule manière, ou la manière principale de reconnaître l'origine vraie des petits ou grands symptômes de Bright sans albuminurie, c'est la recherche de la toxicité urinaire, imaginée par Bouchard. L'urine qui ne charrie plus les produits toxiques, destinés à l'expulsion, l'urine qui paraît saine est précisément la plus dangereuse; elle indique l'impuissance fonctionnelle des reins.

6° Un autre moyen de contrôle est tiré du bilan azoté des néphrétiques. Chez tous les néphrétiques, on note d'abord une *mauvaise absorption* des aliments, et les sécrétions intestinales donnent plus *d'azote* que normalement, c'est ce qui fait que l'azote, c'est-à-dire l'urée, apparaît en moindre quantité dans les *urines*. Il y a non seulement diminution de l'azote *urinaire*, mais il y a une *rétention* d'urée ou d'azote dans les organes et les tissus, qui se saturent d'éléments albumineux de décomposition. Il y a un *troisième phénomène* remarquable, c'est le *retard* de l'élimination de l'urée; au lieu de paraître dans les urines quelques heures après l'introduction des éléments azotés, l'urée retarde 24 heures, 48 heures, 3 jours et ne s'élimine totalement en dehors qu'au bout de ce temps.

Ce sont là, avec l'altération du *suc gastrique*, les caractères chimiques de la dénutrition précoce ou tardive des brightiques;

7° La goutte, la seule diathèse qui survit, ne donne pas lieu à la néphrite par le principe qui semble la dominer. Nous savons aujourd'hui, en effet, que l'acide urique qui caractérise, dit-on, la goutte, ne résulte pas d'une oxydation incomplète des tissus, il dérive des *xanthines* ou de leurs congénères, entre autres des *nucléines*, ou nucléo-albumines, provenant des globules blancs; et qui en se dédoublant forment l'acide urique; c'est donc une lésion non exclusivement chimique comme on le croyait, mais elle est à la fois *chimique* et *trophique*. Si donc la goutte donne lieu au mal de Bright, c'est en provoquant la formation de l'artério-sclérose, qui à son tour peut atteindre ou les reins ou le cœur en sclérosant ces organes;

8° Le rein goutteux, c'est le rein sclérosé, il ne présente rien de spécial. Ne confondons pas la goutte des reins avec la lithiase rénale, qui en est parfaitement indépendante dans la plupart des cas;

9° Le chloro-brightisme ne présente non plus rien de spécial; les signes du petit brightisme n'ont pas de valeur; on peut les expliquer, soit par la lésion artérielle, rétrécissement congénital des artères, soit par une lésion cardiaque concomitante. Sinon, on ne peut interpréter ces petits signes que par une superposition de la chlorose et du brightisme vrai, lequel se traduit, soit par l'albuminurie d'ailleurs fréquente chez les chlorotiques, soit par l'œdème des paupières ou des pieds qui est encore plus caractéristique;

10° La cure lactée de l'albuminurie n'entraîne pas la diminution de l'albumine; le lait a d'autres propriétés; surtout alimentaires par la caséine. Le lait fortement phosphaté, calcaire, a une propriété bien étudiée récemment et très intéressante; c'est son action de l'acide phosphorique, qui s'absorbe parfaitement et se retrouve ensuite nettement dans les urines. C'est à ajouter à la cure de lait, qui est si générale, et si mal interprétée, excepté par la propriété diurétique de son sucre de lait que nous avons prouvée il y a quatre ans devant l'Académie.

REVUE DES JOURNAUX

BACTÉRIOLOGIE

(Suite) (1).

III. — Sur la gonorrhée des petites filles, par le Dr Cassel. (*Berliner Klin. Wochenschrift*, 1893, n° 29, p. 693.)

III. — Déjà avant la découverte du gonococcus de Neisser, un certain nombre de médecins, parmi lesquels Pott (Die specifische Vulvovaginitis im Kindesalter. *Jahrbuch für Kinderheilkunde*, 1883, t. XIX), soutenaient l'identité, au point de vue étiologique, de la vulvovaginite des petites filles et de la blennorrhagie des adultes. Depuis la découverte de Neisser, une série de médecins, parmi lesquels il convient de citer Widmack (*Archiv für Kinderheilkunde*, t. VIII, fasc. 1, p. 1), Cséri (*Pester medic. chirurg. Presse*, 1885, n° 19), Fraenkel (*Virchow's Archiv*, 1885, t. XCIX), Dusch (*Verhandlungen der VIten Versammlung der Gesellschaft für Kinderheilkunde*, 1888), Epstein (Die

(1) Voir le numéro précédent.

Vulvovaginitis gonorrhoïca bei Kleinen Maedchen. *Archiv fur Dermat. und Syphilis*, 1891, t. XXIII), ont fourni la preuve de cette identité, preuve péremptoire, basée sur la constatation de la présence du gonococcus dans les produits de la sécrétion uréthro-vaginale. Le gonococcus, ainsi que cela a été rappelé plus haut, réalise un certain nombre de particularités morphologiques qui permettent de le reconnaître dans le champ d'une préparation microscopique, de sorte qu'il n'est même plus nécessaire de l'obtenir à l'état de culture pure, pour affirmer sa présence dans un produit de sécrétion pathologique.

Depuis les premiers mois de l'année 1891, M. Cassel a eu l'occasion de traiter 30 cas de vulvo-vaginite chez des petites filles. Semaine par semaine il a examiné l'écoulement uréthro-vaginal chez ses petites malades dont l'âge variait de 7 mois à 11 ans. Après un lavage de la vulve avec de l'eau bouillie, il retirait de la sécrétion uréthrale avec une aiguille en platine, préalablement flambée, et de la sécrétion vaginale, avec une autre aiguille traitée de même. Les préparations microscopiques obtenues avec ces produits purulents étaient colorées avec le réactif de Gramm et examinées au microscope.

Sur les 30 cas qui ont fait l'objet de cette enquête il s'en est trouvé 24 où la nature virulente, gonorrhéique, de l'écoulement a été établi d'une façon bien nette. Dans les 6 autres cas la recherche du gonococcus a toujours abouti à un résultat négatif.

Sitôt la nature blennorrhagique de l'écoulement mise hors de doute, M. Cassel ouvrait une enquête supplémentaire, dans le but de rechercher la source de la contagion et la manière dont celle-ci s'était exercée. Dans 10 cas cette enquête n'a pas donné de résultats, en partie à cause du manque d'intelligence et de l'indifférence des parents, en partie à cause d'une mauvaise volonté manifeste de ces derniers qui paraissaient avoir intérêt à cacher quelque mystère. Dans un cas la petite malade, une fillette de 4 ans, avait été violée par un frère âgé de 18 ans. Celui-ci, affecté d'une uréthrite blennorrhagique, avait cédé au préjugé bien connu, et très répandu dans le peuple, suivant lequel les rapprochements sexuels avec des enfants en bas âge constitueraient un moyen de guérir la chaude-pisse.

Dans 3 de ces cas, les mères ont avoué avoir eu pendant longtemps un écoulement vaginal. Chez l'une d'elles, la présence du gonococcus dans l'écoulement a été dûment constatée.

Dans 3 autres cas, les mères avaient été infectées par leurs époux; peu de temps après, les filles avaient été atteintes de leur vulvo-vaginite gonorrhéique.

Un autre cas concerne une fillette en très bas âge, que le père prenait souvent dans son lit à une époque où il était atteint d'une chaude-pisse contractée pendant les couches de sa femme. Dans ces 4 derniers cas il a été possible de confronter le père, la mère et l'enfant malade, et de rechercher, toujours avec succès, la présence du gonococcus dans les sécrétions morbides.

Dans 4 autres cas les petites malades s'étaient trouvées en contact avec d'autres personnes habitant la même demeure qu'elles.

M. Cassel est convaincu que le plus souvent, dans les cas de vulvo-vaginite des petites filles, la contagion n'est pas la conséquence d'un rapprochement sexuel. Elle résulte presque toujours de la promiscuité dans laquelle vivent les membres des familles pauvres.

En fait de complications, il a observé, deux fois seulement, une conjonctivite blennorrhagique des deux yeux.

Somme toute le pronostic de la vulvo-vaginite des petites filles est bénin. N'empêche que l'affection traîne le plus souvent en longueur, malgré l'institution d'un traitement rationnel. Il est rare que la guérison, attestée par la disparition du gonococcus de la sécrétion uréthro-vaginale soit obtenue en moins de deux ou trois mois. Le caractère rebelle tient en partie à la conformation anatomique du vagin, pendant les premières années de la vie, conformation qui fait que les produits de la sécrétion vulvo-vaginale trouvent difficilement à s'écouler. D'autre part, les faibles dimensions de l'urèthre, chez les petites filles, constituent également un obstacle à l'institution d'un traitement énergique contre l'uréthrite virulente.

Enfin une troisième difficulté réside dans les conditions de milieu, qui font que les enfants atteints d'une vulvo-vaginite blennorrhagique restent souvent exposés pendant fort longtemps aux chances d'une réinfection. La ténacité de la blennorrhagie chez les adultes des deux sexes est chose bien connue; qu'une promiscuité étroite règne dans une famille dont un membre adulte est en affection blennorrhagique négligée, et les petites filles infectées une première fois seront exposées à des réinfections répétées. Aussi, quand dans un cas de vulvo-vaginite, chez une petite fille, on a des raisons de soupçonner que la contagion s'est exercée par voie médiate, au sein de la famille, est-il indispensable de traiter énergiquement la blennorrhagie chez les adultes atteints de cette affection, pour obtenir une guérison durable de la vulvo-vaginite de l'enfant. Voici, d'autre part, le traitement que M. Cassel préconise contre cette dernière.

Tout d'abord, il faut faire attribuer à l'enfant un lit spécial, des serviettes, des éponges et des vases destinés à son usage exclusif. Il faut veiller aussi à ce que les enfants évitent d'infecter leurs yeux avec le pus uréthro-vaginal.

Les organes génitaux seront maintenus dans un grand état de propreté, au moyen de bains locaux ou généraux. Ces soins de propreté suffisent quelquefois pour amener la guérison de vulvo-vaginite. Mais le plus souvent il faut recourir aux injections. M. Cassel se sert d'une seringue à oreilles, en caoutchouc durci, terminé par un petit ballon, d'une capacité de 15 à 20 cc. Comme liquide à injection, il emploie une solution de sublimé au 1 2/000°. Le nombre des injections de sublimé est de 3 par par jour; chacune d'elles est précédée d'une injection d'eau tiède, destinée à déterger la vulve et le vagin. Lorsqu'après deux ou trois semaines de traitement l'écoulement a diminué d'abondance dans des proportions considérables, les injections de sublimé sont remplacées par des injections d'une solution de nitrate d'argent à 1 — 1 1/2 p. 100. Il est rare que ces dernières soient douloureuses. Il est inutile de faire des injections dans l'urèthre; l'écoulement uréthral cesse spontanément, une fois que l'écoulement vaginal est tari.

Il importe, au moment d'une injection, que la malade soit maintenue dans la position du siège élevé, les cuisses écartées.

Dans les cas de vulvo-vaginite non-gonorrhéique, M. Cassel se borne à instituer des soins de propreté et à faire des injections astringentes (sulfate de cuivre, nitrate d'argent, en solution à 1 p. 100).

E. Ricklin.

BIBLIOGRAPHIE

Guide militaire des étudiants et des médecins et pharmaciens de la réserve et de l'armée territoriale, par MM. A. Petit et L. Collin, médecins-majors, 1 vol. in-18 de 500 pages. Société d'éditions scientifiques. Paris, 1892.

Lorsque les bases de la réorganisation générale du service de santé eurent été arrêtées, on dut, afin de pouvoir assurer sans retard la mobilisation, prendre des dispositions exceptionnelles pour constituer le cadre des médecins de réserve et de l'armée territoriale. A cet effet furent rendus les décrets des 10 janvier 1884, 2 mai et 27 août 1887, qui accordaient aux médecins et aux pharmaciens appartenant au corps enseignant ou aux hôpitaux un avancement spécial.

Aujourd'hui le cadre des médecins et pharmaciens de réserve et de l'armée territoriale est assez solidement constitué pour que l'on ait pu revenir aux règles du droit commun dont la loi du 14 avril 1832 sur l'avancement dans l'armée et le décret du 23 juin 1888 sur l'avancement des lieutenants et sous-lieutenants de toutes armes constituent les bases.

Aussi un décret fut-il pris à la date du 19 décembre 1889 abrogeant toutes les dispositions antérieures relatives à l'avancement des médecins et pharmaciens dans le cadre des officiers de réserve et de l'armée territoriale et stipulant que nul ne pourrait être désormais promu au grade de médecin major de 2e classe s'il ne satisfaisait à un examen d'aptitude administrative. Un décret du 6 avril 1888 avait déjà rendu cette épreuve obligatoire pour les étudiants et les jeunes docteurs qui sollicitaient leurs admissions aux grades soit de médecin auxiliaire, soit d'aide-majors de 2e classe.

L'urgence de l'examen imposé aux candidats au grade de médecin-major ressort de ce fait que beaucoup d'entre eux devant être en temps de guerre chefs de service dans les corps de troupe ou médecins chefs de formations sanitaires ils devront posséder des connaissances militaires et administratives précises pour être à la hauteur des obligations édictées par la loi qui a consacré l'autonomie complète du corps de santé militaire.

Mais où trouver ces lois, décrets, règlements, circulaires? Epars dans diverses publications que les intéressés n'ont pas à leur portée MM. Collin et Petit ont pensé à les réunir, à les condenser dans leur livre. Nul mieux qu'eux n'était à même de remplir une pareille tâche. Leur passé administratif à la direction du service de santé du 16e corps ou du gouvernement militaire de Paris les désignait d'avance pour étudier dans une série de leçons, les matières exigées par les programmes ministériels, pour exposer et commenter les documents qui font connaître les droits et devoirs des médecins.

Le livre de MM. Petit et Collin, au courant des réglementations les plus récentes, vient à son heure; et comme son utilité ne saurait être contestée, on peut lui prédire un franc succès.

Ch. Amat.

Notes bibliographiques.

J. Nattus. — L'Hygiène des fiancés. (Société d'éditions scientifiques.) — Avec un peu de fantaisie, c'est intéressant tout de même. Certes, cela ne vaut pas ni Balzac, ni Bourget; mais quand on a commencé, on va jusqu'au bout du volume. A ce point, on se demande ce qu'on a appris de neuf. Mais on a lu tout de même!

Dr Billot. — Détermination pratique de la réfraction oculaire. (Société d'éditions scientifiques.) — Un travail sans prétention, mais très clair, qui sera bien utile aux médecins militaires chargés de l'examen des conscrits.

G. Viau. — Formulaire pratique pour les maladies de la bouche et des dents. (Société d'éditions scientifiques.) — Toutes les spécialités médicales ont leur formulaire; l'art dentaire n'en avait pas, en France, tout au moins. Le livre de M. G. Viau, très pratique, comble cette lacune. Il contient une grande quantité de renseignements utiles et se termine par une bonne étude sur l'anesthésie à l'aide de la cocaïne.

P. Achalme. — L'Érysipèle. (Rueff et Cie.) — L'auteur a décrit l'érysipèle avec une compétence tout à fait spéciale. Je ne lui ferai qu'un reproche, c'est d'avoir consacré à son traitement une trop minime partie de son livre, si remarquable d'ailleurs. Car, enfin, le traitement d'une maladie, n'est-ce pas ce qui doit intéresser davantage le médecin et aussi le malade!

A. R.

MÉDECINE PRATIQUE

Hoquet.

Dans un cas de hoquet rebelle chez un homme âgé avec tendance goutteuse, Syme a administré, avec succès, toutes les six heures, la préparation suivante :

Iodure de potassium......	0,15 centigrammes.
Hydrate de chloral.......	0,25 —
Bromure de potassium.....	0,35 —
Bicarbonate de potasse....	1.00 grammes.

(*Dublin medic. Journ.*, décembre 1892.)

Atonie de la vessie.

Reginald Harrison recommande fortement l'usage de l'ergot de seigle dans le traitement de l'atonie vésicale et aussi dans les cas d'hématurie due à l'hypertrophie prostatique selon la formule suivante :

Extrait fluide d'ergot...........	X gouttes.
Eau de cannelle..................	30 grammes.

A prendre trois fois par jour.

(*Clinical Journ.*, n° 3, 1893.)

QUESTIONS DU JOUR

LE FOIE INFECTIEUX.

La question indiquée dans le titre qui précède a été peu étudiée jusqu'à présent, elle n'est pas encore classée, et par conséquent représente aux yeux de beaucoup de médecins une véritable nouveauté. Un interne des hôpitaux, M. Gastou, élève de M. Hanot, vient de lui consacrer une étude qui, on peut le dire sans banalité, marquera une date dans l'histoire de la pathologie du foie. A toutes les connaissances que les travaux des dernières années ont réalisées sur ce terrain, il faudra désormais ajouter un chapitre encore à peine ébauché, mais d'une importance que l'on peut déjà entrevoir, à travers les obscurités de la période préparatoire que nous traversons. Mais d'abord, que doit-on entendre par cette expression « foie infectieux »? La réponse n'est pas facile, à en juger par le nombre de documents, de faits, et les recherches expérimentales que M. Gastou a dû accumuler

pour arriver à dégager une notion précise et pour donner une idée claire de son sujet. En effet, de l'aveu même de notre jeune confrère, il devient de plus en plus difficile, dans l'état actuel de la science, de caractériser nettement la maladie infectieuse. Pour justifier ce dernier qualificatif, on exige encore la constatation d'une espèce microbienne déterminée, au cours de la maladie en question. Mais il est nombre d'états nettement septicémiques pour lesquels la preuve bactériologique est encore à l'état de desideratum. Les éliminera-t-on pour cela du cadre des maladies infectieuses, quand la clinique autorise positivement leur assimilation avec celles-ci ? D'autre part, l'infection marche souvent de pair avec d'autres éléments morbides, cachexies, troubles nutritifs, désordres simplement vasculaires, dont la coexistence est de nature à dissimuler la part qui lui revient en propre. Il faut donc étendre la compréhension du mot infection au-delà des étroites limites indiquées primitivement, et lui donner un sens plus large.

Cela étant, on voit que le foie, comme le rein, est un des organes les plus exposés aux influences nuisibles et à toutes les causes d'adultération viscérale. Nombreuses sont les voies par lesquelles les agents infectieux peuvent pénétrer jusqu'à lui : les deux principales, la voie sanguine et la voie biliaire, suffiraient pour lui assurer une large et fréquente participation. La voie biliaire a déjà fait l'objet des remarquables recherches de M. Dupré, que nous avons résumées l'an dernier dans le même journal. Mais la voie sanguine représente un apport bien plus considérable, étant donnée la richesse vasculaire de la glande hépatique. C'est donc par celle-ci que pénètrent habituellement les différentes variétés de microbes, hôtes habituels des territoires où le réseau porte prend naissance, et les poisons élaborés dans l'intestin ou dans le milieu intérieur, c'est-à-dire dans le sang. Cette simple notion permet déjà de comprendre pourquoi le foie participe si souvent aux différents processus infectieux par lesquels l'organisme peut être envahi. Or, les maladies que l'on range dans cette dernière catégorie sont innombrables, elles s'appellent légion. Et c'est ainsi que nous voyons défiler dans la thèse de M. Gastou, à propos de l'étiologie du foie infectieux, les étiquettes les plus diverses : toutes les maladies endémo-épidémiques et saisonnières, les entérites infectieuses, le choléra infantile, la diphtérie, la coqueluche, la broncho-pneumonie, la septicémie puerpérale, la pleurésie purulente, les fièvres éruptives : les unes accompagnées d'ictère, les autres généralement exemptes de ce symptôme. On y voit figurer encore ce que notre confrère appelle les infections simples chroniques (tuberculose, syphilis) et les infections compliquées (cachexies, troubles de nutrition) — troubles purement mécaniques (cardiopathies). Cette énumération comprend près de la moitié de la pathologie, au point qu'une étiologie aussi vaste pourrait, par son étendue seule, fournir matière à critique. Aussi est-on en droit d'exiger ici la preuve que le foie est réellement intéressé dans tous les états ci-dessus désignés, et que dans chacun d'eux les altérations hépatiques présentent réellement les caractères de l'infection. C'est précisément cette preuve que M. Gastou s'est efforcé de réaliser, et on peut dire que c'est là le point capital de son travail.

Il faudrait suivre ici pas à pas la démonstration, mais cette tâche serait un peu aride, car elle impliquerait l'exposé des méthodes techniques mises en œuvre et des résultats bactériologiques et histologiques qui ont été le fruit des très nombreuses recherches entreprises à cet effet.

On trouve heureusement ces résultats résumés d'une façon claire et concise dans le chapitre des conclusions. La première proposition, c'est que, dans toutes les maladies dites infectieuses, l'élément infectieux porte son action sur le foie et détermine une hépatite aiguë, diffuse, qui constitue ce que l'on appelle le foie *infecté*. Cette hépatite est caractérisée cliniquement, par l'affaiblissement organique, la cachexie rapide, la présence de l'urobiline dans l'urine, la fièvre, avec gros foie plus ou moins douloureux anatomiquement, par une infiltration embryonnaire diffuse des espaces portes et des capillaires, par des phlébites portes et sus-hépatiques et des altérations cellulaires variées, avec production habituelle de canalicules de nouvelle formation. La deuxième remarque, c'est que l'hépatite aiguë peut se transformer et devenir, nonobstant la guérison apparente de la maladie génératrice, le point de départ d'une cirrhose qui représente ce que M. Gaston appelle le foie *infecté*. Il y a là une sorte de transition, une succession graduelle de deux phases d'un même état qui marque les transformations d'une même influence causale. Or c'est là un fait d'une grande importance, car, s'il est réel, le pronostic de certaines affections en reçoit une véritable aggravation et l'on devra désormais tenir compte de l'éventualité de ces modifications pour formuler des réserves quant à l'évolution ultérieure de certaines maladies. Toujours est-il que, d'après les recherches de M. Gastou, le foie dit infectieux se reconnaît à des lésions très caractérisées, presque spécifiques de par leur uniformité.

Ces lésions, bien que diffuses, sont pourtant systématisées, grâce à la constante participation des capillaires qui les répartissent également dans l'intérieur du foie : il se fait une sorte de *capillarite* chronique déterminant une cirrhose qui peut d'ailleurs affecter des formes extrêmement variées. Les néo-capillaires créés à cette occasion se retrouvent dans presque toutes les préparations. Néanmoins ils sont plus rares dans les infections chroniques que dans les infections aiguës. Les causes de cette néoformation résident certainement dans l'irritation produite par les microbes et par les poisons qu'ils sécrètent. En tous cas, ces lésions, les premières en date, exercent une influence profonde sur la structure du foie qu'elles modifient dans le sens de la dégénérescence scléreuse qui constitue le substratum commun à la plupart des cirrhoses. L'apparition et l'installation de cette dégénérescence correspondent à ce que M. Gastou appelle le foie *infectant*, par allusion aux symptômes de cette période qui sont marqués d'une gravité particulière et caractérisent ce que l'on peut nommer l'*hépatisme*. En fait, le syndrome que l'on désigne par ce dernier terme est assez uniforme et partant facilement reconnaissable. Les hémorrhagies cutanées ou muqueuses, l'urobilinurie, les œdèmes, en forment les traits principaux. On peut l'observer à la suite de toutes les affections profondes du foie, et son apparition est entièrement subordonnée à la présence de l'élément infectieux.

En effet, les désordres engendrés au niveau du foie lui-même, ne comportent pas seulement des conséquences locales, circonscrites uniquement à la glande. Ils peuvent avoir un retentissement général, dont les manifestations présentent les caractères attribués aux processus infectieux. Par exemple M. Gaston dit avoir rencontré, dans plusieurs cas, à la suite de ces altérations du foie, les graves complications qui s'appellent endocardite ulcéreuse, méningite, broncho-pneumonies, suppurations cellulaires, entérites infectieuses, pleurésie,

tontes complications viscérales dont la nature microbienne n'est plns à démontrer. Le foie est donc devenu infectant à son tonr, cet enchaînement, cette filiation pathologiqne le prouvent : il a pris le rang de cause, après avoir snbi lui-même des effets. En résumé, altération initiale du foie, par suite de l'apport de poisons provenant de sources mnltiples, création dn foie infecté, puis rétentissement à distance de l'organe malade, telle est la conception qui découle de l'examen raisonné des faits et de l'analyse pathogénique. Evidemment cette conception est logique et séduisante, et an premier abord on ne peut lui refuser droit de cité dans le chapitre réservé aux hypothèses. Néanmoins il ne faut pas oublier qu'elle n'est encore qn'une vue de l'esprit, un produit de dédnction et de synthèse; on ponrrait même lui reprocher d'être quelque peu schématique et artificielle. En particulier, la distinction du foie infectieux en foie infecté et la transformation de celui-ci en foie infectant ponrront paraître quelque pen subtiles : on pourra se demander si cette séparation était bien nécessaire et s'il ne valait pas mienx se contenter ici de la notion plns simple tirée de l'unité de cause et d'origine. Toutefois il ne faut pas oublier que les fonctions de la glande hépatiqne sont d'nne importance dominante dans l'économie et de plus extrêmement complexes, et que cette circonstance autorise peut-être à faire le départ des divers modes de réaction que le tronble de ces fonctions entraîne vis-à-vis de l'organisme. Ces attributions multiples qui ont pour but la formation dn glycogène et la formation de l'nrée, la sécrétion de la bile, l'emmagasinement et l'arrêt des poisons, tont cela doit être modifié et troublé à la suite de ces profondes altérations dn parenchyme hépatique. De là la nécessité de distinguer des périodes qui font mieux comprendre l'enchaînement des lésions et la physiologie pathologique des symptômes. C'est sans doute cette préoccupation qui a justifié, aux yeux de M. Gaston, l'établissement de périodes dans l'infection du foie. Toujours est il que l'on trouve là un groupe de faits extrêmement important, et qui de plus comporte une sanction pratique réelle, sous forme d'indications thérapeutiques nettes et précises.

Ces indications se rapportent d'une manière générale anx altérations du foie et aux troubles fonctionnels nltérieurs, ou bien elles visent la cause elle-même, c'est-à-dire les sources d'apports infectienx. Dans ce premier ordre d'idées, l'antisepsie intestinale se place au premier rang parmi les moyens propres à neutraliser les poisons intestinanx et à empêcher l'infection secondaire dn foie. Parallèlement, on doit se préoccuper avec soin de restreindre les sources d'intoxication, par un choix convenable des aliments et des boissons, et d'augmenter le pouvoir glycogène du foie, à l'effet de favoriser la destruction des poisons an niveau de la cellule hépatique. Telles sont les indications principales majeures, celles qui doivent figurer en tête de la thérapeutique du foie infectieux. On dira peut-être qne ces indications s'adressent autant à la prophylaxie qu'au traitement proprement dit. Mais ne vaut-il pas mieux prévenir une maladie, que d'avoir à la guérir ?

En somme, la nouvelle théorie de l'infection hépatique nons apparaît comme suffisamment vraisemblable et logique, et partant comme pourvue de garanties certaines de durée. On peut croire d'ailleurs qu'elle se perfectionnera avec le temps, grâce aux recherches que cette orientation nouvelle de la pathologie hépatique ne manqnera pas de susciter. Et nous devrons savoir gré à ceux qui, suivant l'exemple de M. Hanot, Gastou et Dnpré, auront contribné à poser les premières assises d'un édifice dont la prochaine génération médicale verra sans doute l'achèvement.

P. M.

NOTES ET INFORMATIONS

Association de la Presse médicale. — Réunion dn 7 juillet 1893. Le 3e dîner statutaire, pour l'année 1893, de l'Associatiou de la Presse médicale, a eu lieu au restaurant Marguery. 17 membres out assisté à cette séance que présidait M. le professenr Cornil et à laquelle ont pris part les deux membres nouvellement admis, MM. Fournier et Bérillon.

Candidatures : M. le professeur FARGUES, de Montpellier, pour le journal le *Nouveau Montpelier médical*; parrains : MM. CORNIL et DUJARDIN-BEAUMETZ ; rapporteur : M. LANDOUZY.

M. le Dr OLLIVIER, pour le journal les *Annales de la Policlinique* ; parrains : MM. AUVARD et DOLÉRIS ; rapporteur ; M. SCHOUPPE.

Ces caudidatures seront rapportées au dîner du 1er vendredi d'octobre.

On informe les membres présents de la réponse négative de la Cie des chemins de fer de l'Etat, qui n'a pas consenti à faire à l'Association les réductions consenties par d'autres Compagnies. Celle du Midi n'a pas encore répondu ; ou répétera les démarches.

M. le Président, dans une communication spéciale, fait le récit, très intéressant, des démarches qu'il a faites pour obtenir l'adoptiou, par la Commission de l'armée, de son projet de loi, qui permet aux étudiants de ne faire leur service militaire qne lorsqu'ils sout pourvus du diplôme de docteur en médecine. Il raconte les difficultés qu'il a rencontrées et qui ont amené un ajournement du projet.

Après nne discussion approfondie, la réunion décide que chaque directeur de journal fera ses efforts pour que la Commission de l'armée, éclairée sur les véritables intérêts du pays, revienne sur sa déterminatiou. Le prochain dîner aura lieu après la clôture du Congrès international de Rome, en octobre.

NOUVELLES

Hôpital Saint-Lonis. — COURS DE VACANCES. — M. le Dr G. THIBIERGE, médecin du Bureau central, fera, dans le service de M. le Dr Besnier, un cours complet de dermatologie pendant les mois d'août et septembre.

Visite *tous les matins à 9 heures.*

Le mardi, opérations dermatologiques.

Le mercredi, examen et traitement des affections du ouir chevelu.

Le vendredi, consnltation externe.

Le samedi, examen des malades entrants.

Les *lundis, mercredis, mardi, vendredis à 4 heures*, leçons théoriques avec présentation de malades, à la salle des Conférences du Musée.

Les personnes qui désirent assister aux leçons théoriques sont priées de se muuir d'une carte d'entrée qui sera délivrée par M. le Directeur de l'hôpital.

Bulletin hebdomadaire de Statistique municipale.

DECÈS NOTIFIES DU 16 AU 22 JUILLET 1893

Fièvre typh., 18.—Typhus, 0.—Variole, 4.—Rongeole, 17.—Scarlatine, 4. — Coqueluche, 5.— Diphtérie, croup, 15.— Grippe, 0. — Affections cholériformes, 0. — Phtisie pulmonaire, 175. — Méningite tuberculeuse, 18. — Autres tuberculoses, 13. — Tumeurs cancéreuses et autres, 46. — Méningite, 36. — Congestiou et hémorrhagie cérébrale, 33 — Paralysie, 6. — Ramollissement cérébral, 7. — Maladies organiques du cœur, 51. — Bronchite aiguë et chronique, 24. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 64. — Autres affections de l'appareil respiratoire, 31. — Gastro-entérite des enfants : sein, biberon et autres, 144. — Fièvre et péritonite puerpérales. 7. — Autres affections puerpérales, 1. — Débilité congénitale, 28. —Sénilité, 20. — Suicides, 18. — Autres morts violentes, 10. — Autres causes de mort, 133. — Causes inconnues, 7. — Total : 935.

Le Rédacteur en chef et Gérant : F. DE RANSE.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame. — *Téléphone.*

64e Année 8e Série Tome III — N° 31 — 5 Aout 1893

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Rédacteur en chef : **M. le Dr F. DE RANSE**

Comité de Rédaction : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN
J. ARNOULD (de Lille), P. FABRE (de Commentry), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon)

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — **Direction et Rédaction** : 53, avenue Montaigne (Rond-Point des Champs-Élysées

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

SUR LE TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE DU TÉTANOS,

Par M. Verneuil (1).

Les divergences d'opinion qui ont surgi entre M. Berger et moi relativement à la valeur prophylactique ou curative de l'amputation ne sauraient m'empêcher de reconnaître : 1° l'incontestable utilité qu'aurait le traitement local des plaies menacées ou envahies par le virus tétanique si on parvenait, à son aide, à détruire le virus pendant la période d'incubation surtout et même après la déraclation avérée du mal.

2° L'importance plus grande encore de la prophylaxie de ce mal lui-même.

Ce sont les deux points que je vais aborder.

I. — Le traitement local, qu'on peut dire également topique, externe, chirurgical, opératoire, ne date certainement pas d'aujourd'hui, car ses procédés principaux ont été mis en usage ou recommandés dès la fin du siècle dernier et le commencement de celui-ci par des empiriques plus ou moins ignorants.

Toutefois, comme il ne reposait que sur des données vagues ou erronées et sur les inspirations du hasard, comme il employait trop souvent des moyens irrationnels, inutiles, parfois dangereux, et enfin se montrait ordinairement d'une inefficacité désespérante, on comprend qu'il n'ait jamais été ni régulièrement ni universellement adopté dans son ensemble, pas plus que dans ses parties, que certains praticiens n'y aient jamais eu recours ou se soient contentés de mesures banales ne répondant à aucune indication précise et que les rares partisans qu'il aurait conservés n'aient jamais pu indiquer clairement ce qu'ils en attendaient et ce qu'ils en avaient obtenu.

A l'heure présente, où cependant ce traitement pourrait avoir pour bases des notions étiologiques et pathogéniques plus claires et plus sûres, il est encore, dans la grande majorité des cas, négligé ou appliqué tout de travers, en quelque sorte à l'aventure, de façon à être à peu près aussi inutile, inopportun et malencontreux qu'autrefois.

Permettez-moi de justifier ces irrévérencieuses mais trop réelles accusations en vous rapportant d'une façon très concise un certain nombre de cas pris au hasard dans mes inépuisables dossiers.

Obs. I. — P. V..., quinze ans, valet d'écurie. Chute de cheval ; légère blessure au coude gauche, pansée avec du cérat et du linge douteux. Au 4e jour, trismus peu marqué ; dysphagie, contractures et convulsions passagères. Le médecin, constatant la guérison à peu près complète de la plaie, n'y fait rien.

Par contre, il prescrit l'isolement dans une chambre noire, le repos et le silence absolu et enfin le choral à hautes doses.

Les accidents persistent pendant huit jours avec une grande violence ; convulsions répétées dans les membres inférieurs et le cou : spasmes respiratoires ; dysphagie extrême. Cependant tout s'apaise lentement et le blessé finit par guérir.

Obs. II. — Ch. B..., valet de ferme, vingt-huit ans, coup de pied de cheval qui écrase le gros orteil gauche. Le blessé sa panse lui-même tant bien que mal ; trois jours après, tétanos violent ; mort le sixième jour.

Obs. III. — Maçon, trente ans ; tombe d'un échafaudage dans une cour de ferme dont le sol était couvert de fumier de cheval. Fracture de la jambe compliquée de plaie et d'issue des fragments. Réduction, contention, applications de *compresses d'eau fraîche*. Cinq jours après, tétanos à marche rapide.

Le confrère qui m'a envoyé en 1891 ces trois observations inédites recueillies en 1885 et 1886, surtout pour confirmer l'origine équine, reconnait en toute sincérité qu'avant comme après le développement du tétanos le traitement local de la plaie a été tout à fait insignifiant.

Maintes fois cette absence de soins est imputable aux blessés eux-mêmes, dont la négligence est en raison directe du peu d'importance des blessures et qui, de plus, continuent souvent leurs travaux dangereux, au moins pour le moment.

Obs. IV (inédite). — Un cultivateur, après quelques libations, tombe sur le front, d'où petite plaie contuse à laquelle il ne fait aucune attention et qui était cicatrisée au bout de six jours. Pendant ce temps, notre homme vaque à ses occupations habituelles, allant et venant dans son écurie et couchant avec ses bestiaux, lesquels étaient très bien portants.

Le septième jour, apparition d'un tétanos qui entraine très rapidement la mort. (Dr Villeprand, de Manosque.)

Obs. V (inédite). — Grand garçon de vingt-cinq ans, conducteur de voitures, vivant toujours au milieu des chevaux et atteint de gastrite alcoolique, se fait, le 23 mai 1891, une petite plaie à la face palmaire de la phalangette de l'index de

(1) Académie de médecine, 27 juin 1893.

la main gauche, avec la seringue servant à laver les voitures. Il n'y attache aucune importance, continue à travailler et ne présente rien d'anormal jusqu'au 6 juin (13e jour); alors apparaissent, crampes dans les mollets, fourmillements dans les membres, vomissements, oligurie qui dure jusqu'à la mort, et enfin léger trismus.

8 juin, extension de la contracture, puis quatre crises convulsives de quinze à vingt minutes de durée, — continuation des vomissements.

Hémoptysie le 9 (1).

Mort le 10, en dépit du traitement par le chloral à hautes doses en potions et en lavement, les injections de morphine, la glace et de l'eau de Seltz à l'intérieur. (Drs Hamaide, de Rocroy, et Séjonrnet, de Révin.)

J'ai reçu de mon fidèle collaborateur, le Dr Ricochon, de Champ-Deniers, la lettre suivante :

Obs. VI. — « J'ai perdu, le 5 novembre 1891, X..., de 27 ans, d'un tétanos céphalique. Il y a quinze jours au soir, après avoir charrié tout le jour du fumier, il était tombé dans l'escalier de sa cave, tenant sur son épaule la sellette de son cheval. Plaie profonde de la région sourcilière. *Peu ou pas de soins.* Huit jours après, X... se remet à son travail et charrie des betteraves par un temps froid. La plaie se met à suppurer aussitôt. Contracture des mâchoires le lendemain. Pseudo-paralysie faciale du côté blessé. Chloral et morphine. Mort au bout de vingt-quatre heures.

« Veuillez, cher maître... »

Obs. VII. — Mme R..., femme de cultivateur, en juin 1870, se pique au dos du pied avec une fourche de fer dont elle se servait pour enlever le fumier de son écurie habitée par des chevaux et par des vaches. La plaie, paraissant insignifiante, *ne fut pas pansée.*

Deux jours après, aggravation de tous les symptômes, mort le dixième jour. (Dr Naudet, de Langres.)

Obs. VIII. — Août 1876. C..., cultivateur, 75 ans, bonne santé habituelle, travaillant dans sa ferme, se pique le dos du pied avec une fourche de fer en chargeant du fumier de cheval sorti tout frais de son écurie.

Deux jours après, légère rougeur autour de la plaie; lymphangite à la jambe.

Le quatrième jour, trismus, raideur du cou, opisthotonos.

On n'indique ni le traitement local ni le traitement général.

Mort le onzième jour après la piqûre, le septième après le début du tétanos. (Dr Naudet, de Langres.)

Obs. IX. — B..., 14 ans, domestique de ferme; légère blessure au petit doigt avec une faucille le 27 juillet 1890. Aucun pansement.

Le 30, tétanos confirmé; le blessé ne peut ni ouvrir la bouche ni s'asseoir.

Aucun traitement topique n'est indiqué.

Chloral et morphine. Mort le 13 août.

Obs. X (personnelle, inédite). *Chute sur une route, petite plaie du nez; pas de pansement. Tétanos rapide. Mort.* — P..., carrier, 50 ans; aucun rapport avec les chevaux ni dans ni hors la carrière à plâtre. La terre de celle-ci n'est point tétanifère.

Le 13 avril 1891, dans l'après-midi, P... quitte son travail et boit fortement dans son village; puis, pour continuer la fête dans une localité voisine, monte dans la voiture d'un cultivateur. Mais en descendant il tombe la face contre terre et se fait au dos du nez une toute petite plaie. Il boit néanmoins toute la soirée et ne rentre que fort tard dans la nuit. *Il ne prend aucun soin de sa plaie* et retourne au travail le lendemain 14, en proie à un malaise que les excès de boissons expliquent tout d'abord. Cependant, il croit se rappeler avoir, en déjeunant, éprouvé une certaine peine à ouvrir la bouche.

Le 15, à 5 heures du soir, quarante-quatre heures après la chute, il entre dans mon service en proie à un tétanos aigu caractérisé par le trismus, les crises convulsives, l'opisthotonos, la dysphagie, la cyanose. La très minime plaie du nez étant recouverte d'une petite croûte, *je n'y fais rien.* Malgré le chloral, le bromure de potassium et la morphine administrés aussitôt et libéralement, la mort survint le 7 à 7 heures du soir, quatre-vingt-seize heures environ après la blessure, à laquelle j'avoue n'avoir pas touché tant elle était insignifiante.

Obs. XI (inédite). — En mars 1891, un maréchal ferrant s'écrase d'un coup de marteau le bout de l'indicateur gauche. Il se contente d'envelopper son doigt de linges plus ou moins propres et continue son travail ordinaire; la plaie était guérie lorsque, dix-huit jours après la blessure, survint un tétanos qui amena la mort en quarante-huit heures.

(Dr Paté, de Le Thour, Ardennes.)

On peut aussi, je crois, considérer comme non traitées localement, les plaies simplement pansées avec des cataplasmes; et encore pourrait-on ranger ceux-ci dans la catégorie des topiques nuisibles favorisant la culture des microbes pathogènes.

Voici une observation inédite qui, pour avoir été recueillie il y a près de vingt ans, n'en a pas moins conservé de l'intérêt.

Obs. XII. — *Tétanos consécutif à une morsure de cheval,* par M. Albert Hybord, interne du service du professeur Richet à la Pitié. (Résumé.)

Jad... (Pierre), 55 ans, charretier, alcoolique, a été, le 2 février, à cinq heures du soir, mordu par son cheval à la partie antérieure et externe du bras gauche. La plaie, qui n'intéressait que la peau, n'a jamais été bien douloureuse ; pansée exclusivement avec des cataplasmes pendant une douzaine de jours, elle a beaucoup suppuré dans les premiers temps.

J..., qui était resté chez lui, est pris le 16 au soir de dysphagie qui augmente rapidement et revient par accès, puis de trismus. Ingestion difficile d'un peu de pain trempé dans le vin. Bonne nuit, sommeil tranquille.

Le 17 au soir, raideur de la nuque, opisthotonos.

Entrée à l'hôpital, le 19.

Plaie superficielle de 5 centimètres sur 4, recouverte de gros bourgeons mous et d'un enduit blafard. Bords tuméfiés et rouges dans une petite étendue; pas de sensibilité au toucher. Forte contracture des masséters, des sterno-mastoïdiens et des trapèzes; opisthotonos très prononcé; bras gauche rigide en demi flexion. Respiration libre; pouls de 120 à 130; peau chaude et humide.

Accès convulsifs très rapprochés, de trois en trois minutes très courts, très douloureux.

Traitement : pansement de la plaie à l'onguent napolitain;

(1) M. le Dr Geschwind, médecin principal, vient de publier un cas de tétanos terminé par hémorragie pulmonaire mortelle, complication qu'il considère comme fort rare. *Arch. de méd. et pharm. militaire,* avril 1893, p. 310. M. le Dr Ferraton, de son côté, a noté chez un tétanique des épistaxis réitérées. *Arch. de méd. et pharm. militaire,* avril 1893, p. 283.

50 centigr. de calomel et 10 d'extrait d'opium en pilules toutes les heures. Bains de vapeur.

Le 20. Aggravation rapide; agitation et aspect typhoïde, 32 respirations sans asphyxie.

Mort à dix heures du matin, mais sans contracture musculaire.

Autopsie. Poumons fortement congestionnés. Hyperémie considérable de la substance grise de la moelle et du cerveau.

Une branche cutanée du nerf radial était comprise dans la plaie et adhérait intimement à la cicatrice.

On peut, je pense, accorder aux calmants et à la vaseline boriquée, les mêmes propriétés négatives en tant qu'agents bacillicides.

Obs. XIII. — Un maçon de 45 ans, fortement brûlé le 3 mars 1890 dans un incendie, entra quatre jours après à l'hôpital civil de Rochefort. La plaie comprenait toute l'épaisseur du derme et occupait la face antéro-externe de la jambe droite depuis le genou jusqu'au dos du pied. Douleurs très vives traitées par les calmants et la vaseline boriquée.

État assez satisfaisant, lorsque, le 13 mars 1890, dix jours après l'entrée à l'hôpital, surviennent le trismus et la raideur de la nuque. Le tétanos se généralise bientôt et entraîne la mort sept jours après le début des accidents, malgré de hautes doses de chloral, de morphine et les sudorifiques.

Ce malheureux était, selon toute vraisemblance, tétanifère, car il travaillait depuis un mois dans une distillerie où se faisait en ce moment un grand mouvement de transport de betteraves; la cour et les chemins voisins étaient continuellement encombrés de charrettes et de chevaux imprégnant sans cesse de leurs déjections le sol qui était donc un véritable réceptable de germes tétanifères. (Prof. Duplouy, de Rochefort, lettre du 12 septembre 1890.)

Mais je sais d'autres cas où les explications topiques et certains pansements ne sont pas seulement inactifs, impuissants, inutiles, mais encore très nettement nuisibles.

J'ai cité dans mes travaux antérieurs plusieurs cas de tétanos par suite de l'emploi de la bouse de vache, du crottin de cheval, de la poussière d'étrille de cheval, de la terre des rues, de cataplasmes de vers de terre, etc., pour panser les plaies récentes. M. Sanchez-Toledo a vu dans son pays une énorme mortalité suivre la section de la queue du cheval: les opérateurs pansaient la plaie avec de la terre mouillée ramassée sans autre façon sur l'endroit où l'on opérait.

Je me rappelle qu'en Amérique on a recommandé, il y a une vingtaine d'années, l'emploi d'une terre particulière préparée pour panser les plaies récentes. Dans les documents recueillis sur cette question à la bibliothèque de notre faculté, par M. le Dr Petit, il n'est fait mention que des succès obtenus par ce mode de pansement : brûlures plus ou moins étendues, ulcères rebelles de la jambe, fractures compliquées. etc., tout a guéri sans accident, sans tétanos par conséquent. N'a-t-on pas caché quelques insuccès? C'est ce que je ne saurais dire. Mais je dois faire remarquer que la terre dont il s'agit était de l'argile, de la terre à foulon, finement pulvérisée et tamisée; ce n'était donc pas de la terre cultivée, et on sait d'ailleurs que la fertilité de la terre américaine rend la fumure quasi inutile: ce qui expliquerait à la rigueur l'absence du tétanos après de semblables pansements, et prouverait que la terre, impuissante à elle seule pour inoculer le tétanos, doit être préalablement infectée.

Quoi qu'il en soit ce pansement à la terre, antérieur aux belles recherches de Nicolaïer, est aujourd'hui abandonné; il a fait place aux nombreux matériaux antiseptiques mis depuis lors à notre disposition.

Je parlais dans la dernière séance de la terre tétanigène de Menton. Je dois à l'obligeance de M. le Dr Villeprand, qui pratique dans les Basses-Alpes, la note suivante :

Obs. XIV. — Vers 1877, mourut à Volx un jeune homme qui s'était coupé le dos de la main gauche en taillant des oliviers. Son père pansa la plaie avec la terre du champ où ils travaillaient, laquelle terre était labourée à la charrue.

Le tétanos survint cinq jours après la blessure et enleva le blessé le surlendemain de son apparition.

Le cas fut observé par un docteur en médecine, propre frère du blessé.

D'autres pansements fort innocents par eux-mêmes et qui, certes, n'aggraveraient jamais une plaie simple non infectée, aident, par contre, au développement du tétanos dans les plaies tétanifères : je veux parler des pansements qui, comme le bandage ouaté et la réunion immédiate, mettent les plaies susdites à l'abri du contact de l'air. Ce fait paradoxal n'étonne plus aujourd'hui ceux qui savent que le bacille de Nicolaïer est anaérobie et, qu'en conséquence, l'occlusion favorise sa culture dans le foyer traumatique. Sans compter que l'occlusion a encore cet inconvénient indirect d'empêcher les vrais pansements microbicides qui ont besoin d'être souvent renouvelés.

J'avoue avoir cru pendant longtemps que le bandage ouaté, assurant le repos de la plaie et la garantissant contre le froid, les contacts extérieurs, les petit traumas et les mouvements intempestifs, devait être le pansement de choix. Mais convaincu du contraire par l'expérience confirmée d'autre part par les données bactériologiques, j'y ai renoncé dans les plaies suspectes.

Je n'ai donc pas été surpris de voir le tétanos se déclarer dans le cas suivant :

Obs. XV (inédite). — Ambroise N..., 66 ans, contre-maître chez un grand charpentier, dirige spécialement les charrois, ce qui le met en rapport continuel avec les chevaux. Le 9 mai 1890, il a la main droite prise entre un mur et la roue d'une charrette embourbée. Énorme plaie contuse de la face dorsale avec fracture comminutive des 3e et 4e métacarpiens, arrachement des tendons, etc., et plaie transversale de la face palmaire au niveau de la ligne métacarpo- phalangienne.

On tente la conservation, et, après extension des esquilles, on applique un pansement antiseptique et ouaté. Douleurs vives, élévation de la température qui, le 15, monte à 39°,8. Le 16 (septième jour) apparaissent le trismus, puis la raideur de la nuque. Malgré l'institution immédiate du traitement par le chloral, la morphine et l'acétanilide, la mort survint trois jours plus tard (professeur Duplouy, de Rochefort) (1).

(1) Ce malade, admis à l'hôpital le 9 mars et devenu tétanique le 15, était couché dans une salle voisine du précédent, admis le 3 et tétanique le 13. On pourrait donc à la rigueur songer à la transmission interhumaine indirecte par les médecins ou les infirmiers. Mais, outre que le pansement ouaté rendait cette transmission invraisemblable, l'incubation chez Ambroise aurait été bien courte; tandis qu'avec l'hypothèse bien plus naturelle de l'infection par la roue de voiture, tout rentre dans la règle, le tétanos s'étant déclaré six jours après la blessure.

Ce que je dis du pansement ouaté s'applique à la funeste suture des plaies tétanifères. Je sais que cette proposition subversive va faire bondir les pyophobes, qui n'admettent aucune contre-indication à la réunion immédiate. Mais, fidèle à mes opinions sur les dangers de fermer les plaies empoisonnées et ayant cité de nombreux exemples de tétanos survenu dans ces circonstances, je blâmerai toujours la réunion des plaies suspectes souillées par la terre, le cheval, ou mises en contact avec des corps capables et soupçonnés d'être tétanifères.

Voici un fait qui justifie mes répugnances :

Obs. XVI. — *Vaste plaie de tête ; déchirure du péricrâne, dénudation des os ; sutures profondes et superficielles ; tétanos au 4e jour ; mort au 7e* (inédite). (Dr T.)

Poiv..., 60 ans, cocher des pompes funèbres ; conduisant une voiture chargée de cercueils à la Salpêtrière, le 1er avril 1891, fut trouvé dans la cour de l'hôpital victime d'un accident auquel personne n'avait assisté.

Presque toute la moitié droite du crâne était dénudée, très probablement par le passage de la roue de voiture ou par le sabot du cheval. Le cuir chevelu, déchiré et décollé, formait trois grands lambeaux à bords contus qui pendaient sur les régions temporale et mastoïdienne. Le péricrâne lui-même était arraché, de sorte qu'on voyait à nu le pariétal, qui n'était du reste ni fracturé ni enfoncé. Le blessé était presque sans connaissance, mais ne paraissait atteint d'aucune autre blessure.

L'hémorrhagie ayant été facilement arrêtée, le péricrâne fut suturé au catgut ; après un lavage au sublimé aussi complet que possible, les cheveux furent rasés et les lambeaux suturés au crin de Florence. Pansement à la gaze iodoformée. Drain à la partie inférieure.

Les 2 et 3 avril, état satisfaisant, point de fièvre ni douleurs.

Le 4, difficulté à ouvrir la bouche ; on enlève le pansement et on raccourcit le drain. Suppuration nulle.

Le chloral est prescrit à la dose de 6 grammes par jour.

6 avril. — Légère amélioration. Le soir, rires sardoniques.

Le 7, opisthotonos, délire, vomissement. Mort par asphyxie. Autopsie interdite.

Voici un cas où la réunion immédiate paraît avoir joué un rôle fâcheux :

Obs. XVII. — Un homme, renversé le 11 octobre par une locomotive, présente les lésions suivantes :

Plaie contuse de 7 à 8 centimètres au niveau du pariétal droit.

Plaie contuse au front au-dessus du sourcil gauche.

Plaie de la paupière gauche.

Ecrasement de trois orteils du pied gauche.

Ecorchures superficielles du pied droit.

Ecrasement des trois doigts moyens de la main.

Aussitôt après l'entrée à l'hôpital, lavages des plaies avec la solution de sublimé au 1000e. Deux bains antiseptiques au pied et à la main et, dans l'intervalle, pansements humides, toujours avec la même solution.

Les plaies frontale, sourcilière et pariétales sont suturées et recouvertes d'un pansement sec à l'iodoforme ; elles étaient *parfaitement cicatrisées* au bout de huit jours.

Tout va bien jusqu'au huitième jour (19 octobre), où apparaît le trismus. Le soir, le malade dit que sa tête « était morte » au niveau de la grande plaie pariétale.

Mort cinq jours après malgré un traitement médical très actif (1).

Tous les faits précédents, dont j'aurais pu grossir considérablement le nombre, en y réunissant les observations analogues déjà publiées, sont relatifs aux applications topiques et aux pansements. Je ne rappellerai que pour mémoire, n'ayant aucune expérience à leur égard, d'autres moyens locaux d'ailleurs très exceptionnellement employés comme le vésicatoire, les applications froides continues et l'anesthésie locale par le laudanum, l'éther et le chloral, etc.

J'arrive aux moyens chirurgicaux proprement dits, appliqués directement, *loco vulnerato* (2). J'en compte trois :

L'épuration ;

La cautérisation actuelle ou potentielle,

Toutes deux tendant à modifier la plaie ;

Et l'amputation qui la supprime.

Comme ces trois moyens sont rationnels, qu'ils ont été employés déjà avec succès et peuvent l'être encore en certains cas, je vais les examiner avec quelque attention, bien que je n'y aie jamais eu recours.

Un mot d'abord sur la théorie de leur action. Nos pères, qui déjà faisaient avec raison partir de la plaie les accidents du tétanos, les attribuaient aux lésions des nerfs divisés, lacérés, broyés, violemment irrités et enflammés dans le foyer même de la blessure (théorie nerveuse). En conséquence, ils cherchaient à diminuer et mieux encore à supprimer irritation et inflammation locales :

1° Par l'*épuration* (qu'on me passe cette expression médiocrement scientifique), qui simplifie le foyer par des débridements convenables, par l'issue facile des humeurs, par l'extraction des corps étrangers venus du dehors ou créés dans la plaie même : esquilles, eschares ; toutes mesures essentiellement antiphlogistiques et, d'autre part, donnerait au besoin accès jusque dans les profondeurs du foyer à tout topique qu'on voudrait y introduire.

2° Par la *cautérisation actuelle*, qui, pour être bien appliquée, implique d'abord la simplification susdite, — qui modifie puissamment par elle-même les surfaces empoisonnées et suppurantes, — qui possède, en sus, un pouvoir destructeur, dosable à volonté, permettant de reséquer, en quelque sorte, les extrémités nerveuses lésées et irritées, de tarir les sources de la douleur et de supprimer le point de départ des réflexes ; cautérisation qui, d'après les propres termes de Larrey père, très partisan de la méthode, « ferait cesser le spasme et l'irritation en détruisant les adhérences nerveuses et les tiraillements qui en résultent ».

Par l'*amputation* enfin, expédient radical qui simplifie également par la suppression pure et simple des causes et des effets de l'irritation nerveuse.

Certes, je ne blâmerai pas ces actes chirurgicaux, bien qu'il faille reconnaître qu'ils ont été plus d'une fois, tout comme les topiques et les pansements, employés à l'aventure et sans urgence bien démontrée.

(1) Extraits des détails d'une observation inédite qui sera prochainement communiquée à la Société de chirurgie par mon élève et ami, le Dr Tuffier, chirurgien des hôpitaux. J'admettrais volontiers que c'est de la plaie pariétale qu'est parti le tétanos.

(2) J'insiste sur cette expression, ne voulant traiter ici ni la névrotomie ni l'élongation des nerfs, ni la neurotripsie, dont un cas de succès (et j'en compte un bien remarquable sur les deux fois où je l'ai tentée) il est bien difficile d'expliquer l'action efficace.

Je ne critiquerai pas davantage les raisons théoriques qui ont conduit nos prédécesseurs à les mettre en usage; par cette raison que, la substitution, aujourd'hui imposée et acceptée, de la théorie microbienne ou virulente à la théorie nerveuse, ne change pas essentiellement les indications de ces actes. Car, étant donné un foyer tétanique, peu importe, au point de vue pratique, que sa paroi soit irritée ou infectée, que sa cavité renferme des matières irritantes ou virulentes, l'essentiel est de purifier le contenant, de faire disparaître ou de neutraliser le contenu, ou plus simplement de supprimer simultanément l'un et l'autre.

Mais malgré ce que j'ai dit à la fin de mon discours du 30 mai sur la nécessité d'établir des catégories — de distinguer, par exemple, les cas où l'intervention armée avait eu lieu avant ou après l'explosion du tétanos — au début, à la période d'état ou au déclin du mal — dans les formes hâtives, retardées ou tardives, — dans les cas localement simples ou compliqués d'autres lésions microbiennes : lymphangite, phlegmon, gangrène, septicémie gangreneuse, etc., — dans les périodes d'apyrexie ou d'hyperthermie, — sans ou avec participations viscérales, etc., toutes conditions diverses qui doivent forcément influer sur les résultats opératoires, — J'ai dû renoncer, bien à regret, à vous présenter, comme j'en avais pris en quelque sorte l'engagement, des conclusions fermes faute de faits en nombre suffisant pour les justifier. Mais comme d'autre part, l'importance du traitement local des plaies infectées me semble indéniable, je vous demande la permission, avant de vous exposer le programme pratique, de vous dire quel en doit être à mes yeux le point de départ théorique et scientifique.

Il faut d'abord, faisant table rase de toutes les anciennes théories étiologiques et pathogéniques du tétanos, admettre simplement et sans réserve qu'il s'agit là d'une maladie spécifique, contagieuse, transmissible, causée par un virus venu du dehors, lequel entre dans l'organisme par une voie que le traumatisme ouvre ou que l'ulcération prépare — subit au point de pénétration une confination silencieuse peut-être plus apparente que réelle, sorte de quarantaine de durée très variable — en tout cas, à un moment donné, précoce ou tardif, difficile à prévoir, rompt ses digues ou, pour continuer la métaphore, quitte le lazaret, et se répand dans l'économie, où il provoque des troubles redoutables qui revêtent plutôt les caractères d'un empoisonnement par les alcaloïdes énergiques que ceux d'une invasion microbienne massive.

Partant de cette donnée fondamentale il faut, aussitôt prévu ou constaté le dépôt du virus dans la paroi ou la surface d'une plaie récente ou ancienne, prendre pour objectif la purification du foyer infecté et la destruction du virus par un des moyens locaux quelconques, physiques, chimiques ou opératoires, qui auront déjà fait leurs preuves et dont l'innocuité pour le moins sera bien établie.

Mais ces moyens étant nombreux il faut, au moment de faire un choix, se rappeler toujours les règles de la sélection thérapeutique, c'est-à-dire :

1° Opter pour celui ou ceux qui réalisent le mieux les conditions d'efficacité d'abord, puis de bénignité et de simplicité ;

2° A efficacité égale, choisir toujours les actes les moins périlleux (1).

3° Tenir compte du siège, de l'étendue, de la simplicité ou des complications, ainsi que de la date récente ou ancienne de la blessure ;

4° Si l'on juge l'intervention nécessaire, appliquer le plus tôt possible le moyen choisi qui, suffisant à cette heure, pourrait être impuissant plus tard ;

5° Se résoudre à l'abstention s'il s'agit d'opération, surtout quand elle paraît soit d'une utilité trop douteuse, soit d'une application trop périlleuse ou trop difficile, capable en un mot d'augmenter plutôt que de diminuer les chances mauvaises, l'inaction justifiée par ces faits bien établis : que le traitement local, si rationnel qu'il soit, n'est pas en somme indispensable, puisque les moyens médicamenteux et hygiéniques comptent un assez bon nombre de succès et que le foyer infecté peut, sans secours direct, se purifier de lui-même comme l'atteste la disparition spontanée, moins rare qu'on ne le croit (1), de ses agents virulents, microbes et toxines.

Je voudrais m'arrêter un instant pour vous montrer avec quelle opportunité M. Berger a soulevé cette question du traitement local des plaies tétanifères. Sa communication du 29 novembre, et, quoique sommaire, la discussion qui l'a suivie, ont provoqué déjà la publication d'un certain nombre de faits nouveaux qui permettent sinon de résoudre, au moins de poser les bases d'un problème thérapeutique des plus importants.

Pour ma part, j'ai apporté quatorze observations inédites. Trois avaient été adressées par MM. Cerné, Darolles et Follet.

M. Ferraton, à la suite de l'observation envoyée à la Société de chirurgie, ne se contente pas d'exposer les indications et contre-indications de l'amputation, mais examine encore les autres procédés du traitement chirurgical dans les diverses régions et les différentes variétés de plaies tétanifères (2).

Notre collègue, M. Chauvel, dans son rapport, discute à son tour la question. Enfin M. le professeur Vaillard lui consacre également quelques pages (3).

Comme vous le voyez, le cadre s'agrandit et comprend non seulement un procédé, mais une méthode toute entière. De leur côté, nos excellents confrères les vétérinaires nous apportent l'appui de leur expérience.

(1) Je me plais à rendre justice à la manière dont MM. Darolles et Follet ont observé cette importante règle de thérapeutique opératoire. En effet, M. Darolles s'est contenté de faire l'épuration de la plaie qui a modifié la marche du mal aussi bien que l'aurait pu faire l'amputation du doigt.

M. le professeur Follet, un de mes élèves dont je suis le plus fier, a donné une nouvelle preuve de son grand sens pratique et de sa prudence en reculant devant une mesure radicale qui n'eût exigé rien moins que la désarticulation de la cuisse et se bornant, sans ménager son temps ni sa peine, à une longue suite de pansements.

De son côté M. Tuffier, un autre de mes disciples, s'est montré aussi conservateur dans le cas suivant :

Observation. — En 1890, un terrassier de quarante ans, pris sous un éboulement dans une carrière de Châtillon, avait eu une fracture de l'avant-bras compliquée de plaie et de contusion étendue. On fit d'abord les pansements avec une solution de sublimé ; puis étant survenu au cinquième jour un tétanos céphalique qui se généralisa au onzième, M. Tuffier répandit sur les plaies le sublimé en poudre fine, comme il l'avait vu faire en Beauce pour la pustule maligne. Le malade guérit en conservant un membre utile.

(1) Voir *Bulletin*, 30 mai, p. 615 (en note).

(2) *Recueil de médecine vétérinaire* d'Alfort, 15 janvier 1893, p. 40.

(3) *Archiv. de méd. et de pharmac. militaires*, avril 1893, p. 283.

Voici, en effet quelques extraits d'nne note intéressante récemment publiée par M. le professeur Cadiot, d'Alfort, sur le traitement chirurgical du tétanos (1).

L'auteur nous apprend d'abord qu'en médecine vétérinaire on n'a fait qu'un très petit nombre d'essais de traitement du tétanos par la destruction des tissus blessés et qu'on a mis alors en œuvre la cautérisation et l'excision qui ont donné certains succès.

« Les quelques résultats favorables obtenus par l'amputation chez l'homme et cette affirmation des bactériologistes que le bacille de Nicolaïer reste confiné au voisinage de la plaie d'inoculation, l'ont décidé à essayer, sans succès bien encourageant, l'excision large et la cautérisation de la zone infecté chez 19 chevaux tétaniques admis dans son service de 1888 à 1892; 13 sont morts, dont 11 atteints de la forme aiguë et 2 de la forme lente...

« D'une façon générale, l'ablation large des tissus de la zone préritraumatique s'est montrée beaucoup moins avantageuse que la simple désinfection et la toilette de la plaie virulente...

« Recbercher le tranma d'inoculation, le désinfecter, exciser au bistouri ou à la curette les tissus mortifiés, les granulations fongueuses, appliquer ensuite un pansement antiseptique, puis, comme traitement général, repos, chaleur, calmants, voilà actuellement ce que nous pouvons faire de mieux pour la majorité des tétaniques. »

M. Cadiot ne parle pas du traitement préventif pendant la période d'incubation.

(*A suivre.*)

PATHOLOGIE MÉDICALE

DU BRIGHTISME,

Par M. Lancereaux (2).

Ce que vient de nous dire M. Dieulafoy est juste au point de vue clinique. Depuis longtemps j'enseigne que l'albuminurie n'est qu'un symptôme et que ce symptôme peut faire défaut dans certaines affections rénales, celles notamment qui se lient à l'artériosclérose. Conséquemment, si l'albuminurie existe sans urémie, et cela pendant longtemps, comme j'ai pu le voir chez un bomme albuminurique depuis plus de vingt ans et qui n'avait jamais eu le moindre accident d'urémie; de même, ce syndrome se rencontre parfois sans qu'il y ait eu au préalable d'albuminurie.

Je suis moins d'accord avec M. Dieulafoy sur ce qu'il appelle les petits signes du brightisme; il m'est avis que la plupart d'entre eux ne se rattachent ni à l'albuminurie, ni à l'urémie, et ne sont, comme les engourdissements, les fourmillements, le doigt mort et même la pollakiurie, que des effets, les uns de l'artériosclérose, les autres d'une sensibilité exagérée du col de la vessie, très commune chez les névropathes prédisposés à l'artériosclérose.

J'admets avec M. Dieulafoy que les rhumatisants, les goutteux et les chlorotiques sont exposés au brightisme, pour me servir de l'expression employée par notre collègue, mais ce qu'il ne nous a pas dit et que je tiens à établir ici, c'est la condition pathogénique de ce brightisme.

On n'est pas brightique parce qu'on est goutteux ou chlorotique, car alors tous les goutteux et tous les chlorotiques auraient les reins pris, et l'on sait qu'il n'en est pas ainsi. Les mots goutte et chlorose sont des termes vagues qui n'expliquent rien; il est démontré aujourd'hui, du reste, que la goutte n'est qu'une forme de ce que nous appelons rhumatisme chronique. Or, ces deux états sont ceux dans lesquels se manifeste d'une façon exclusive l'artériosclérose généralisée (athérome), et cette artério-sclérose est la condition absolue de la *néphrite dite goutteuse*. Le brightisme goutteux est l'effet habituel de l'artériosclérose, car si, dans quelques cas de goutte, les reins sont infiltrés d'urates de soude, il est rare que cette dernière lésion donne naissance aux accidents graves des affections rénales.

Il en est de même de la chlorose. Ce que nous désignons sous ce nom n'est, le plus souvent, qu'un syndrome et c'est précisément ce qui a lieu dans le chloro-brightisme de M. Dieulafoy. Les chlorotiques qui deviennent albuminuriques sont, en effet, comme je l'ai indiqué depuis 1875, des individus dont le système artériel est congénitalement peu développé, étroit, et partant la lésion rénale n'est que l'effet de cet état, comme aussi la chlorose. Quatre faits venant à l'appui de cette manière de voir ont été mis en tableau dans l'article « Rein » du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, et un de mes meilleurs internes, le Dr Besançon, lui a consacré sa thèse inaugurale (De la néphrite liée à l'aplasie artérielle, Paris, 1889.)

Un fait curieux, intéressant à signaler, c'est que les chloro-brightiques sont précisément des descendants de goutteux artérioscléreux. Un exemple entre beaucoup d'autres, qui m'a été fourni par la famille d'un de nos collègues, est des plus probants à cet égard : Un jeune garçon de 16 ans m'est amené par un oncle médecin et un de mes anciens internes, le Dr Bazy ; il est relativement peu développé, polyurique et albuminurique.

Je rassure l'oncle qui considère son neveu comme perdu et lui promets plusieurs années d'existence. Ce jeune homme est accompagné chez moi pendant cinq années par sa mère, femme migraineuse et rhumatisante. Mais voilà qu'un jour le médecin traitant de cette dame me demande de la voir en consultation, elle présentait une lésion artérielle avec atrophie des reins et une crise d'urémie des plus graves. Elle guérit de cette crise, mais plus tard elle fut prise d'un érysipèle qui détermina un nouvel accès et amena la mort. Quant au fils, il succomba à l'âge de 26 ans à des accidents urémiques, liés à l'atrésie artérielle et à la lésion consécutive des reins.

Les affections rénales, dépendantes de maladies infectieuses, telles que scarlatine, fièvre typhoïde, etc., sont des désordres qui, s'ils ne tuent, cessent peu de temps, en général, après la maladie principale, et, par conséquent, nous ne croyons pas devoir nous en occuper au point de vue du brightisme. A cet égard, je suis en désaccord avec M. Dieulafoy et lui demanderai, tout au moins, de nous prouver que les affections rénales des maladies fébriles passent à l'état chronique.

Quant au syphilo-brightisme dont parle notre savant col-

(1) Même recueil, p. 297.

(2) Nous insérons ici la réponse que M. Lancereaux a faite à la communication de M. le professeur Dieulafoy (Académie de médecine, 20 juin 1893), sur le brightisme, le brighlisme goutteux, le syphilo-brightisme, le chloro-brightisme.

lègne, j'avoue ne pas le comprendre beaucoup mieux. Il se rencontre dans le cours de la syphilis deux sortes d'affections rénales, absolument distinctes, et qui, par conséquent ne peuvent dépendre de la même cause. L'une s'observe dans la période secondaire; elle offre tous les caractères de la néphrite épithéliale, car les reins sont tuméfiés, lisses, volumineux et présentent une altération spécialement localisée aux épithéliums des canalicules contournés; l'autre appartient uniquement à la période tertiaire; elle a pour siège le stroma conjonctivo-vasculaire, et comme toutes les affections syphilitiques tertiaires, elle reste limitée à quelques points de l'organe et ne l'envahit jamais entièrement, si ce n'est lorsqu'elle vient à oblitérer son artère principale.

Or, de ces deux affections, la première ne tient qu'indirectement à la syphilis, car le propre de cette maladie n'est pas de s'adresser aux éléments épithéliaux, non plus qu'aux cellules nerveuses, mais bien au stroma conjonctivo-vasculaire. Comme elle se manifeste en même temps ou peu de temps après la fièvre syphilitique, il y a lieu de croire qu'elle se lie, ainsi que les néphrites des maladies infectieuses, aux toxines sécrétées à cette période de la syphilis. Quant à la seconde, elle est évidemment l'effet de l'action du virus syphilitique sur le stroma conjonctif du rein. Pourtant, la première de ces affections, qui s'accompagne d'anasarque et d'une albuminurie des plus abondantes, est la plus dangereuse, c'est celle qui, en réalité, peut tuer; la seconde, par contre, étant toujours partielle et localisée au tissu conjonctivo-vasculaire, engendre rarement le brightisme.

Donc on ne peut parler de syphilo-brightisme pas plus que d'arthro et de chloro-brightisme d'une façon vague; il importe de préciser ce que l'on entend par ces mots et d'indiquer les conditions pathogéniques qui peuvent donner naissance à l'affection des reins et aux accidents qui en sont la conséquence.

En résumé, notre collègue M. Dieulafoy nous a fait connaître des faits cliniques sur lesquels nous avions déjà insisté à plusieurs reprises; nous avons tenu seulement à compléter sa communication en cherchant à indiquer, autant qu'il nous a été possible, les conditions pathogéniques qui président aux différents groupes d'affections qu'il désigne sous les noms de chloro, arthro et syphilo-brightisme.

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

PELVI-PÉRITONITE BLENNORRHAGIQUE CHEZ L'HOMME CONSÉCUTIVE A UNE ORCHI-ÉPIDIDYMITE,

Par M. P. Mermet,
Interne des hôpitaux de Paris.

Les observations de péritonite blennorrhagique ne sont pas très fréquentes chez l'homme. Aussi avons-nous cru intéressant de publier un cas que nous avons observé dans le service de notre maître M. Balzer, à l'hôpital du Midi. Malgré les mémoires de Faucon (1), d'Horowitz (2), et celui tout récent de Zeissl (1), l'étude de ces péritonites n'est pas encore faite, et ce n'est qu'en relevant tous les cas que la clinique nous présente qu'on pourra un jour faire complètement leur histoire.

Voici notre observation :

G... (Joseph), âgé de 33 ans, terrassier, entre à l'hôpital Ricord, le 4 mars dernier, pour une orchi-épididymite, datant de quatre jours, survenue dix-huit jours après le début de la blennorrhagie. Le malade n'a aucun antécédent pathologique, aucune tare héréditaire ni personnelle, sauf qu'il est sujet depuis quelque temps à des crises nocturnes simulant l'accès d'asthme. Au point de vue des maladies vénériennes, il en est à sa première blennorrhagie, n'a jamais eu la syphilis.

Le lendemain de l'admission on constate une orchi-épididymite droite volumineuse. L'épididyme est très augmentée de volume, surtout du côté de la queue; les douleurs sont très vives soit spontanées, soit provoquées par la palpation. Le cordon est de la grosseur du petit doigt; il est dur et régulier. Les tuniques scrotales sont rouges et œdématiées et les deux feuillets de la vaginale sont adhérents sur toute la face externe du testicule; il n'y a point d'épanchement dans la séreuse vaginale. L'écoulement uréthral a diminué depuis l'apparition de l'orchite comme c'est la règle presque générale; il est constitué par des leucocytes extrêmement nombreux, polynucléaires, et quelques rares cellules épithéliales entre lesquelles et à l'intérieur desquelles sont logés les gonocoques. En même temps l'orchite s'accompagne d'un état général assez marqué. La langue est sale, humide, étalée, l'anorexie complète, la soif vive, la constipation opiniâtre. En outre, on constate une légère quantité d'albumine dans les urines, fait si fréquent chez les blennorrhagiens et en particulier chez ceux atteints d'orchite comme l'ont bien fait voir dans des travaux récents MM. Balzer et Souplet (2). La température se maintient à 37° le matin, à 37°,5 le soir. Le traitement institué fut le traitement employé journellement au Midi dans le service : bains, stypage des parties au chlorure de méthyle afin de diminuer la douleur, balsamiques à l'intérieur afin de tarir l'écoulement.

Le surlendemain de l'entrée à l'hôpital, c'est-à-dire le 6 mars, l'état général a empiré. L'anorexie est absolue, la langue saburale, la constipation rebelle aux lavements. De plus le malade a eu dans la journée quelques vomissements alimentaires, auxquels on n'attacha d'abord que peu d'importance. — Localement les parties enflammées présentent le même aspect; mais les douleurs sont plus vives dans la région inguino-scrotale. Le malade est mis au régime lacté partiel; tout traitement balsamique est cessé.

Le 7 mars, l'état gastrique continue, ainsi que les vomissements qui restent alimentaires. Les symptômes généraux sont plus graves. La température a monté à 39° le matin, 40° le soir, le pouls est fréquent. Les douleurs, qui la veille

(1) Faucon. *Péritonite et phlegmon sous-péritonéal d'origine blennorrhagique.* (*Arch. génér. de méd.*, 1877, oct. et nov., p. 385 et 549.)

(2) Horowitz. *Ueber gonorrhoische Peritonitis beim Manne.* (*Wien. med. Wochen.*, 1892, n° 2 et 3, p. 54 et 102.)

(1) De Zeissl. *Péritonite causée chez l'homme par l'uréthrite blennorrhagique.* (*Ann. des mal. des org. génito-urinaires*, juillet 1893, p. 481.)

(2) Balzer et Souplet. *De l'albuminurie liée à la blennorrhagie.* (Soc. franç. de derm. et de syph., 4 avril 1891, et *Mercredi médical*, 22 avril 1891, p. 197.) — *Nouvelle contribution à l'étude de l'albuminurie compliquant les phases aiguës de la blennorrhagie.* (*Ann. de derm. et de syph.*, février 1892.)

siégeaient seulement dans la région inguino-scrotale, tendent à envahir tout l'abdomen, mais restent cependant encore localisées dans la fosse iliaque droite et la région hypogastrique voisine. Le malade est soumis au régime lacté intégral : lait froid par petites doses pris dans la journée; potion de Rivière et glace à l'intérieur pour calmer les vomissements. Contre la fièvre ont donne 0,75 centigr. de sulfate de quinine ; une vessie de glace est en outre appliquée sur l'abdomen.

Le 8. Tous les symptômes tant locaux que généraux atteignent leur maximum. La langue est blanche, étalée, la soif vive, l'anorexie absolue ; les vomissements continus se sont modifiés ; au lieu d'être constitués par du lait à demi digéré, comme la veille, ils prennent dans la journée une couleur jaunâtre, puis verdâtre et finalement deviennent porracés. La constipation persiste accrue encore par le régime lacté. Les douleurs abdominales parties de la fosse iliaque droite se généralisent à tout le ventre ; le malade ne peut supporter la plus légère exploration, surtout celle de la région inguino-iliaque ; le poids du sachet de glace même lui est pénible. En même temps le malade accuse une faiblesse extrême due autant à l'intoxication gonorrhéique qu'aux douleurs et aux vomissements qui ne lui laissent aucun instant de repos. La preuve de cette intoxication causée par le gonocoque nous est fournie par l'albuminurie persistante évidemment d'ordre toxique, et non point, comme on pourrait le croire, due à de l'uréthro-cystite blennorrhagique et à des lésions rénales ascendantes. L'urine n'a jamais, en effet, chez notre malade, perdu sa limpidité normale, à aucun moment de l'affection il ne nous a été possible de déceler l'existence de pus dans la deuxième partie de la miction, preuve évidente de l'absence des complications urinaires ascendantes de la blennorrhagie. Un autre groupe de symptômes importants relevant bien de l'infection du sujet est celui fourni par l'examen thermométrique. La température qui, au matin s'élevait à 39°4, le soir montait à 40°, le pouls marquait 120. Le malade présentait, en outre, le facies péritonéal classique, traits tirés, nez effilé, narines battantes, œil terne et renfoncé. Nul doute sur l'existence de la péritonite que confirmait du reste l'état local de la région. Le ventre, d'une sensibilité extrême, n'était point facilement explorable ; néanmoins on parvenait à percevoir manifestement dans les régions de la fosse iliaque droite et hypogastrique une tension qui n'existait point de l'autre côté ; on avait la sensation d'une résistance pâteuse, située profondément, au milieu de laquelle venait se perdre le canal déférent à sa sortie de l'anneau inguinal interne. Dans tout son trajet inguinal et scrotal, le cordon volumineux atteignait le calibre de l'index. Sa surface était régulière, lisse ; sa consistance ferme et égale. Du côté du scrotum, on notait un œdème considérable des tuniques scrotales, s'accompagnant de rougeur et d'augmentation de la température locale. Le testicule et l'épididyme font corps avec les enveloppes, si bien qu'il difficile d'apprécier leur volume respectif. Le testicule est légèrement hypertrophié ; quant à l'épididyme elle est énorme ; couchée obliquement sur le testicule, présentant deux bons travers de doigt de diamètre, elle offre à son extrémité inférieure un renflement de la grosseur d'une noix constituée par la queue de l'organe, au niveau de laquelle les tuniques scrotales présentent leur maximum d'œdème et de coloration et donnent une sensation de pseudo-fluctuation. Le même traitement que la veille est prescrit.

Le 10 mars. Les symptômes généraux commencent à s'amender. La fièvre encore élevée est déjà moindre, 38°5 le matin, 39° le soir. Les vomissements bilieux disparaissent ; l'état nauséeux persiste cependant, ainsi que l'anorexie et la soif vive. Le faciès grippé est moins accentué. Les douleurs de leur côté sont moins vives. Pas de modifications locales appréciables.

Le 12. L'état est bien meilleur. L'anorexie persiste cependant encore et la langue conserve un enduit saburral. Les douleurs ayant diminué, les vomissements ayant cessé, on supprime la glace et la potion de Rivière.

Le 13. L'état de mieux continue. La température tombe enfin à la normale, et pour faire disparaître l'état gastrique qui persiste on ordonne un purgatif. Seulement à cette date on commence à voir survenir des modifications dans l'état local. Le gonflement testiculo-épididymaire est moindre.

Le 14. La détente générale et locale s'accentue. Le malade se sent mieux, bien que l'appétit soit encore aboli. Les douleurs abdominales ayant presque cessé, les douleurs inguino-scrotales étant moindres permettent alors un examen plus complet des lésions. Les bourses présentent encore à la vue un volume énorme surtout la bourse droite qui atteint le volume d'une orange de moyenne grosseur. On ne constate pas à la palpation d'épanchement dans la vaginale droite ; tout au contraire, au niveau de la queue de l'épididyme correspondante on note de la vaginalité adhésive ainsi qu'un épaississement notable des tuniques des bourses. Le testicule augmenté de volume a cependant notablement diminué, l'épididyme a encore 3 centim. de diamètre et l'induration de la queue persiste très nettement. Le cordon dans son trajet inguino-scrotal acquiert le calibre de l'index et se sent très bien à travers la paroi du canal inguinal. A partir de l'anneau inguinal profond on peut suivre le canal déférent qui, de la grosseur d'un crayon, lisse, régulier, peu douloureux, est facile à explorer jusque dans la fosse iliaque au niveau du détroit supérieur du bassin. Le toucher rectal nous renseigne sur l'état de la portion originelle des voies spermatiques et nous montre la vésicule séminale gauche normale, à peine perceptible ; la droite, au contraire, présente le volume d'une très grosse amande et est irrégulière, bosselée à sa surface, de consistance mollasse, sensiblement douloureuse. La prostate a son volume et sa consistance habituels.

Du 15 au 17. La guérison s'opère ; le malade est définivement guérie de sa crise péritonéale, et l'état gastrique intimement lié au processus infectieux et qui, jusque là, ne s'était point modifié, va s'amender. L'appétit renait et, bien que le ventre soit encore un peu sensible et la constipation persistante, tout symptôme inquiétant a disparu. Notons cependant qu'à cette date apparurent des accidents de congestion pulmonaire hypostatique des deux bases dus au décubitus dorsal et de légers signes de bronchite consécutive, qui, du reste, furent sans conséquences. A partir de cette époque on reprit le traitement interne antiblennorrhagique, interrompu par l'épisode péritonéal, et l'on donna au malade 3 grammes de salol par jour.

Le 20. Tous les symptômes généraux avaient disparu, ce que du reste, prouvait l'absence d'albumine dans l'urine. Seuls les symptômes locaux, comme c'est la règle dans

toutes les phlegmasies étaient longs à abandonner le terrain. A cette date, les deux feuillets de la vaginale étaient encore soudés, l'épididyme du volume du pouce, le cordon du calibre du petit doigt.

Du 20 au 25. Rien de spécial à signaler; les lésions locales diminuent à vue d'œil. Le 25, l'écoulement uréthral, qui avait presque cessé, reparaît, fait qui n'a rien de rare et qui justifiait très bien les idées de métastase gonorrhéique des anciens.

Le 8 avril, le malade demande sa sortie; l'état général est bon, l'appétit excellent; le malade a engraissé. Localement on ne constate plus qu'une induration légère de la queue de l'épididyme, et une faible augmentation de volume du cordon. Le malade se plaint seulement de quelques douleurs testiculaires, si communes longtemps même après les orchites gonorrhéiques. L'écoulement uréthral muqueux est presque tari.

Cette observation suivie jour par jour est intéressante à plus d'un titre et si nous n'avons pu avoir le contrôle anatomo-pathologique et bactériologique de cette péritonite, le diagnostic de la lésion et de son siège n'en reste pas moins certain.

Tout d'abord, nous ne trouvons pas de causes appréciables pour nous expliquer l'apparition de cette complication dans le cours d'une orchi-épididymite blennorrhagique. C'est au repos, alors que le malade était au lit, que surviennent les accidents. De plus, leur date d'apparition coïncidant avec le maximum des signes locaux, nous montre clairement la voie suivie par le virus gonorrhéique pour infecter le péritoine. Il s'agit sans aucun doute ici d'une péritonite par propagation, du canal déférent au péritoine; la preuve évidente nous en est fournie par le volume énorme du canal, qu'on pouvait sentir jusque dans le petit bassin au voisinage du détroit supérieur au moment où il allait se perdre dans les exsudats péritonéaux. Il ne s'agissait point ici d'une infection péritonéale par l'un des mécanismes qu'on a avancés dans ces derniers temps, infections par le canal vagino-péritonéal, par les vaisseaux du cordon, par les lymphatiques allant se rendre au ganglion de Zeissl.

Le mécanisme de développement de cette péritonite, ainsi que les signes fournis par le palper nous montrent quels en étaient le siège et la nature. La péritonite siégeait sur tout le trajet du canal déférent depuis sa sortie du canal inguinal jusqu'aux vésicules séminales. C'était, en un mot à une déférentite blennorrhagique accompagnée de péri-déférentite et de pelvi-péritonite que nous avions eu affaire. Ces lésions sont à rapprocher de celles que l'on observe chez la femme, où comme l'a bien montré Charrier (1), on voit si souvent la salpingite blennorrhagique se compliquer de suppuration péri-salpingienne et de pelvi-péritonite. Il est vraisemblable que dans notre cas, il ne s'agissait qu'd'une péritonite plastique, inflammatoire, exsudative; nul doute que ces péritonites puissent suppurer, comme l'ont montré Peter (2) et Faucon, et que l'on doive, comme chez la femme, retrouver dans le pus de ces suppurations pelviennes le gonocoque de Neisser.

(1) Charrier. *De la péritonite blennorrhagique chez la femme.* (Thèse de Paris, 1892.)

(2) Peter. *Sur un cas d'épididymite blennorrhagique*, etc. (*Union méd.*, 1856, 22 nov., n° 141, p. 562.)

Au point de vue symptomatologique, nous ne trouvons à relever dans notre observation que l'intensité des phénomènes généraux de réaction péritonéale et d'infection blennorrhagique. Le faciès grippé, les douleurs et les vomissements, la constipation opiniâtre se rattachent surtout à la première; l'état gastrique persistant même après l'amélioration de l'état local, l'albuminurie sont sans aucun doute sous la dépendance de la seconde. C'est surtout ce dernier point que nous voulons retenir et il nous semble que, dans les cas de péritonite blennorrhagique publiés jusqu'ici, on n'a pas tenu assez compte de cet état infectieux. Il nous explique cependant certains symptômes que nous ne pourrions comprendre sans lui. Peut-être qu'un jour, la bactériologie nous montrera, comme elle l'a déjà fait pour les péritonites blennorrhagiques chez la femme, la bénignité des infections gonorrhéiques pures, la malignité des infections mixtes ou secondaires blennorrhagiques.

BULLETIN

LE CONGRÈS DE LA TUBERCULOSE. — SUR L'ORIGINE ET LA PROPHYLAXIE DU TÉTANOS.

C'est le Congrès de la tuberculose qui, en ce moment, a le privilège d'absorber l'attention générale, celle du public aussi bien que celle des médecins. C'est que les redoutables problèmes inhérents à cette grande question, la nature et la curabilité de la maladie tuberculeuse, sont de ceux auxquels personne n'a le droit de rester indifférent. En présence des ravages que cette maladie exerce autour de nous, il est impossible de se désintéresser de ce qui touche à sa prophylaxie et à sa thérapeutique. Le point délicat, la difficulté, c'est d'arriver à établir un accord général et à déterminer la voie dans laquelle on pourra s'engager sûrement pour arriver à l'atténuation, sinon à l'extinction de ce fléau social qui s'appelle la tuberculose. Nous ne pouvons malheureusement assurer encore que cet accord si désirable sortira du présent Congrès, car dès les premières communications sur ce sujet, nous avons pu constater des divergences de vues très marquées et nous avons entendu formuler des opinions parfois contradictoires les unes des autres. Ces divergences se sont fait jour notamment à propos de l'influence si souvent discutée de l'hérédité et de la contagion. M. Nocard a remis cette question sur le tapis, en exposant le résultat de ses recherches expérimentales sur les bovidés, recherches qui ont eu pour point de départ la réaction provoquée par les injections de tuberculine. Le savant professeur a reconnu que chez les jeunes animaux, chez les veaux âgés de 6 semaines ou 2 mois au plus, l'infection bacillaire est rare, exceptionnelle; qu'elle est en revanche extrêmement fréquente (de 50 à 60 p. 100) chez les animaux adultes. Il a cru pouvoir conclure de cette remarque à l'influence prépondérante de la contagion, et en même temps, il a mis en doute celle de l'hérédité. On peut se demander si les expériences invoquées, par leur qualité aussi bien que par leur nombre, autorisaient une proposition aussi radicale.

En tous cas, on peut contester que celle-ci soit applicable à la pathologie humaine. En effet, ainsi que l'ont proclamé MM. Herard et Empis, parlant tous deux au nom de la clinique, l'observation démontre que chez l'homme les faits de conta-

gion proprement dite sont rares, tout au moins d'une façon relative. En revanche, l'influence de l'hérédité nous apparaît à chaque instant, elle est même la seule explication applicable aux nombreux cas d'infection dont nous sommes les témoins pour ainsi dire quotidiens. On ne saurait, dit avec raison M. Herard, arguer de l'intervalle souvent fort long qui sépare la naissance du moment de l'éclosion bacillaire pour contester la valeur de l'hérédité : car la même critique serait applicable aux faits de syphilis héréditaire tardive que M. Fournier a signalé, et qui pourtant ont été acceptés sans réserve. Si l'on admet que la syphilis peut sommeiller, rester à l'état latent pendant quinze ou vingt ans, on peut se demander pourquoi il n'en serait pas de même des germes destinés à devenir plus tard le point de départ des différentes manifestations de la tuberculose. Telle est la première question, tel est le point fondamental sur lequel nous avons déjà pu recueillir des traces sérieuses de désaccord. Peut-être la vérité est-elle entre ces deux opinions si divergentes à première vue ?

En effet, s'il est vrai que la prédisposition héréditaire existe à l'origine de beaucoup de tuberculoses plus ou moins tardives il est certain aussi que la maladie est souvent acquise, purement accidentelle, c'est-à-dire produite par une infection éventuelle d'ailleurs favorisée par certaines conditions de réceptivité bien connues aujourd'hui (cachexies, alcoolisme, misère). C'est même là une vérité quelque peu banale, et il suffit d'avoir fréquenté les hôpitaux pour en être convaincu. Il y a donc un moyen terme entre ces deux opinions, et c'est sans doute celui-là qui ralliera les suffrages des praticiens, les seuls juges compétents dans une question qui relève avant tout de la clinique et de l'expérience.

— L'étude de la tuberculose étant un sujet à peu près inépuisable, on ne peut s'étonner du nombre et de la variété des communications qu'elle sait inspirer. Une des plus intéressantes a trait à la question des rapports de la dyspepsie avec la phtisie pulmonaire. C'est M. Hayem qui a rappelé l'attention sur ce point, avec la compétence que lui confèrent ses travaux sur la pathologie de l'estomac. Les conclusions du savant professeur diffèrent sensiblement de celles qui ont en cours jusqu'ici, et que l'on trouve exprimées dans la plupart des livres classiques. D'abord, suivant lui, la gastrite des phthisiques n'offre rien de spécial ni de spécifique, c'est le type vulgaire de la gastrite interstitielle ou parenchymateuse telle qu'on la rencontre dans bien d'autres cas dépourvus de toute connexion avec la tuberculose. Ensuite, et c'est là le côté original des recherches de M. Hayem, il semble que cette gastrite précède la tuberculoseaussi souvent qu'elle la suit. Elle est un fait initial au moins autant qu'une conséquence, et par conséquent semblepouvoir jouer le rôle d'une cause aussi fréquemment qu'elle joue le rôle d'effet. Nous voici loin de l'opinion courante, consacrée tout récemment par un remarquable travail de M. Marfan, d'après laquelle on considère généralement lestroubles gastriques comme secondaires à la lésion pulmonaire, et cela malgré les apparences qui en imposent quelquefois pour un rapport inverse, le *syndrome gastrique initial* étant parfois assez caractérisé pour marquer le développement con temporain de celle-ci. L'interprétation de M. Hayem, qui tend à renverser les rôles et à placer la gastrite à l'origine de la phtisie, ne pouvait être passée sous silence, vu sa portée hygiénique et thérapeutique. En tous cas, elle affirme attirer l'attention des praticiens sur la nécessité de traiter avec soin la dyspepsie des enfants et des adultes, ne fût-ce qu'à titre de précaution préventive vis-à-vis d'une tuberculisation ultérieure toujours à craindre. C'est par ce côté pratique du débat que la conciliation pourra s'établir entre deux opinions qui nous paraissent d'ailleurs séparées par des nuances, plutôt que par une divergence de vues radicale et absolue.

— La question de l'origine du tétanos a déja fait couler beaucoup d'encre et fourni matière à de nombreuses discussions académiques. La solution du problème est-elle pour cela plus avancée aujourd'hui, et sommes-nous, désormais, en possession de données certaines susceptibles de trouver une application dans la prophylaxie et le traitement ? on peut en douter, à voir le désaccord qui se révèle entre les chirurgiens concernant un point de pratique journalière qui les intéresse tout spécialement. Cette fois, c'est M. Péan qui est venu contester résolument les affirmations de M. Verneuil, et mettre en doute les assertions de son collègue relativement à l'origine exclusivement équine de la maladie tétanique. Celle-ci ne serait en réalité imputable ni au cheval, ni au mouton, ni à une provenance animale quelconque, elle serait simplement le résultat d'une asepsie ou d'une antisepsie imparfaite. Que l'on assure ces deux conditions au degré voulu, et l'on aura fait ce qu'il y a de mieux à faire pour prévenir le tétanos. Ici, le *modus faciendi* à son importance, au sujet de laquelle M. Péan s'éloigne de M. Verneuil quant à l'opportunité de tel ou tel procédé opératoire ou tel ou tel genre d'intervention. Il ne saurait convenir à un médecin de prendre position dans un débat qui appartient de droit et de fait aux chirurgiens. On doit remarquer seulement que la question d'infection domine tout ce débat, qu'elle semble être la préoccupation dominante dans les deux camps, et que dès lors il doit y avoir matière à entente, puisqu'en définitive c'est cette notion qui inspire la pratique de chacun. Ce terrain de conciliation, on le trouvera dans l'antisepsie, que chacun réalise à sa manière, mais qui paraît la meilleure garantie contre une complication qui est appelée sans doute à disparaître prochainement, à l'exemple de l'érysipèle et de l'infection purulente, dont nos salles d'hôpital n'ont déjà plus que le souvenir.

P. M.

VARIÉTÉS

L'INVENTEUR DE L'AUSCULTATION OBSTÉTRICALE (1).

La remarquable découverte, d'après laquelle les *bruits du cœur* du fœtus peuvent être perçus dans le ventre de la mère, a été faite par le médecin J.-A. Lejumeau de Kergaradec qui lut à l'Académie de médecine de Paris, le 26 décembre 1882, son travail sur l'emplois de l'auscultation pour l'étude de la grossesse.

Ayant voulu, entendre le bruit produit par les mouvements de l'enfant dans l'eau de l'amnios, il avait remarqué, à leur place, d'abord chez une femme arrivée au dernier mois de la grossesse, le bruit du cœur fœtal, bruit dédoublé, court, sec, se répétant de cent quarante-trois à cent quarante-huit fois dans une minute, tandis que le pouls de la mère donnait 70 pulsations. Lejumeau comprit aussitôt l'importance extraordinaire de cette découverte pour la pratique.

(1) *Journal des Sciences médicales de Lille*, 23 juin 1893.

Pendant les deux semaines qui séparèrent cette observation de l'accouchement, le pouls de la mère variait entre 54 et 72, celui de l'enfant allait de 123 à 160 environ. Ce dernier maximum ne se rencontrait qu'après des mouvements de l'embryon remarquablement énergiques; en même temps, le pouls de la mère atteignait son maximum 72. Il est à remarquer que rien qu'à la suite des brusques changements de position de l'enfant, la mère peut éprouver de la douleur, et par cela même le nombre de ses pulsations peut s'accroître. Lejumeau observa le double bruit du cœur sur un fœtus de six mois; il a, d'un autre côté, découvert au cinquième mois déjà, le bruit utérin qui provient des gros vaisseaux de l'utérus. Il croyait que ce bruit venait du placenta, d'où le nom improprement donné tout d'abord de bruit placentaire. Il a remarqué aussi que, pendant la grossesse, le pouls du fœtus diminuait (jusqu'à 136 et 139) et que celui de la mère montait (jusqu'à 85).

Les résultats obtenus par cet observateur en dehors même de leur utilité au point de vue de l'obstétrique, sont des plus importants car grâce à eux on possède un symptôme certain de la grossesse et l'on peut porter un jugement sur l'état de santé et de maladie, de vie et de mort du fœtus, prédire la naissance de deux et trois enfants et rechercher maintenant l'influence sur le fœtus des différents états de la mère, en dehors du pouls, tels que le sommeil, la veille, la position, la faim, les mouvements, la maladie, la santé, etc.

Lejumeau fait formellement remarquer qu'un chirugien de Genève, du nom de Mayor, avait aussi entendu battre le cœur du fœtus dans l'utérus et que, cependant, il n'en avait tiré d'autre conclusion que celle de pouvoir reconnaître peu avant la naissance si l'enfant est en vie.

Les médecins éminents qui composaient la commission, et au nombre desquels était le fondateur de la stéthoscopie, Laënnec, jugèrent très favorablement le travail et confirmèrent les découvertes de Kergaradec.

D'autres soulevèrent de vives contradictions; Dugès s'efforçait de prouver théoriquement qu'il était invraisemblable ou impossible qu'on entendit le cœur à travers les eaux de l'amnios, l'utérus et la paroi abdominale. Lui-même ne l'entendait réellement pas. Bandelocque entendait un tic-tac; mais ce bruit changeant de place, il ne pouvait admettre qu'il fût produit par le cœur du fœtus; ce devait être un tremblement. A cela l'auteur de la découverte répondait par de nouvelles expériences faites par lui et par d'autres. Puis les contradicteurs faisaient ensemble des recherches. Dugès finissait par se convaincre qu'il était possible d'entendre le cœur de l'embryon. Il a cependant raison contre Lejumeau en ce que le bruit utérin provient non du placenta, mais des artères de l'utérus; car on l'entend encore après le détachement du placenta, et quand cet organe a été expulsé.

En Allemagne, ces recherches sur le bruit du cœur fœtal ont été confirmées au commencement de 1823, par d'Outrepont. La découverte a fait alors le tour de l'Europe, et aujourd'hui il n'est pas un médecin qui manque de constater par l'auscultation le battement du cœur du fœtus, quand il y a doute sur l'existence d'une grossesse.

MÉDECINE PRATIQUE

Amaurose.

NAGEL, dans l'amaurose fonctionnelle, prescrit:

Sulfate de strychnine....	0,05 centigr.
Alcool..........	4 grammes.
Eau. Q. s. pour..........	400 —

Une cuillerée à café à prendre trois fois par jour, avant le repas.

(*Lancet Clinic.* in *Med. and Surg. Reporter*, 24 juin 1893. *Philadelphie.*)

Contre les sueurs nocturnes des phthisiques.

Sulfate d'atropine........	0,0005 grammes.
Sulfate de zinc............	0,12 —
Acide gallique............	0,12 —
Créosote..................	IV gouttes.

Pour cinq pilules. En prendre une trois fois par jour.

(*Times and Register* in *The Clinical Journ.*, 24 mai 1893.)

Emphysème.

Essence de térébenthine......	de 4 à 5 gr.
Eau de menthe poivrée........	120 gr.
Sucre........................	ãã 4 gr.
Gomme pulvérisée............	

En prendre une cuillerée à bouche toutes les trois heures.

(*Med. Record.*)

Rhinite atrophique.

Thymol......................	0,08 cent.
Alcool......................	ãã 6 gr.
Glycérine..................	
Eau distillée...............	Q. s. pour 3 gr.

A employer dans un vaporisateur.

(LEDERMAN. *Med. Record.*)

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris.

M. Lefilliâtre (Gustave-Clément) est nommé, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1892-93, aide de laboratoire de clinique des maladies mentales.

Facultés et Écoles des Départements.

Faculté de médecine de Lille. — Par arrêté du 12 juin, M. Dutilleul est maintenu pour un an dans les fonctions de chef de clinique ophthalmologique.

Faculté de médecine de Bordeaux. — Par arrêté du 17 juillet, M. Audebert, docteur en médecine, est institué pour l'année scolaire 1893-94, chef de clinique obstétricale. — M. Sabrazès est institué chef de clinique médicale. — M. Fourquet est nommé, pour trois ans chef-adjoint de clinique médicale.

Faculté de médecine de Lyon. — Par arrêté du 17 juillet, MM. Commandeur, Biraud et Durand, sont nommés pour trois ans, aides d'anatomie.

Faculté de médecine de Montpellier. — Par arrêté du 17 juillet, M. Nourier (Louis-Frédéric) est nommé aide de physiologie.

Faculté de médecine de Nancy. — Par arrêté du 17 juillet, M. Prenant, agrégé, est chargé d'un cours d histologie.

École de médecine de Marseille. — Par arrêté du 17 juillet, M. Vigneron est chargé d'un cours complémentaire des maladies des organes génito-urinaires.

Faculté de médecine et de pharmacie de Lille. — Par arrêté en date du 19 juillet, la chaire de thérapeutique de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours, à partir de la présente publication, est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

Faculté de médecine et de pharmacie de Lyon. — Par arrêté en

date du 21 juillet, la chaire de médecine opératoire de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours, à partir de la présente publication, est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

École de médecine et de pharmacie de Tours. — Par arrêté en date du 19 juillet, un concours s'ouvrira, le 22 janvier 1894, devant l'École supérieure de pharmacie de Paris pour l'emploi de suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture du dit concours.

Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux. — Par arrêté en date du 21 juillet, M. Sabrazès, chef de clinique médicale à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux, est nommé, en outre, du 16 juin 1893 au 31 octobre 1894, chef des travaux du laboratoire des cliniques à la dite Faculté (emploi nouveau).

M. Rivière (Paul) est nommé, du 16 juin 1893 au 31 octobre 1894, aide du laboratoire des cliniques à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux (emploi nouveau).

Faculté de médecine de Montpellier. — Par arrêté en date du 19 juillet, M. Capmann (Denis), docteur en médecine, est institué, pour une période de trois ans, à partir du 1er juillet 1893, chef de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Montpellier.

École de médecine et de pharmacie d'Alger. — Par arrêté en date du 19 juillet, M. Fourcard, préparateur de pharmacie et matière médicale à l'École de plein exercice de médecine et de pharmacie d'Alger, est prorogé dans ses fonctions du 5 décembre 1893, au 31 octobre 1894.

Académie de médecine. — Par décret du 19 juillet est approuvée l'élection de M. Hallopeau, pour remplir la place de membre titulaire dans la section de thérapeutique, vacante par suite du décès de M. Hardy.

— Par arrêté en date du 29 juillet 1893, la chaire de thérapeutique et matière médicale de la Faculté de médecine de Paris est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours à partir de la présente publication est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

— Par décret en décret en date du 26 juillet, est approuvée l'élection, faite par l'Académie de médecine, de M. le Dr Straus pour remplir la place de membre titulaire, devenue vacante dans la section de pathologie médicale par suite du décès de M. Ball.

Médecins des lycées. — M. Gautrez, médecin-adjoint au lycée de Clermont, est nommé médecin du dit lycée, en remplacement de M. Ledru, décédé. — M. Planchard est nommé médecin-adjoint en remplacement de M. Gautrez.

Chemin de fer d'Orléans. — *Bains de mer de l'Océan* (Saison 1893). Billets d'aller et retour à prix réduits valables pendant 33 jours.

Pendant la saison des bains de mer, du 1er Mai au 31 Octobre, il est délivré à Paris, à la gare d'Orléans (quai d'Austerlitz), des Billets Aller et Retour de toutes classes réduits de 40 0/0 en 1re classe de 35 0/0 en 2e classe, de 30 0/0 en 3e classe, pour les stations balnéaires ci-après :

Saint-Nazaire, Pornichet, Escoublac-la-Baule, Le Pouliguen, Batz, Le Croisic, Guérande, Vannes (Port-Navalo, Saint-Gildas-de-Ruiz), Plouharnel-Carnac, Saint-Pierre-Quiberon, Quiberon (Belle-Isle, en-Mer), Lorient, (Port-Louis, Larmour), Quimperlé (Pouldu, Concarneau, (Beg-Meil, Fouesnant), Quimper (Bénodet), Pont-l'Abbé (Langoz, Loctudy), Douarnenez, Chateaulin (Pentrey, Croz, Morgat),

La durée de validité de ces Billets (33 jours) peut être prolongée d'une, deux ou trois périodes successives de 10 jours, moyennant le paiement, pour chaque période, d'un supplément égal à 10 0/0 du prix du billet.

Exceptionnellement :

Le voyageur porteur d'un billet délivré aux conditions qui précèdent pour les stations balnéaires de la ligne de Saint-Nazaire inclus au Croisic et à Guérande inclus, a la faculté d'effectuer, sans supplément de prix, soit à l'aller, soit au retour, le trajet entre Nantes et Saint-Nazaire dans les bateaux de la Compagnie de la Basse-Loire.

Le voyageur porteur d'un billet délivré pour les stations au-delà de Vannes vers Auray aura la faculté de s'arrêter à celles des stations suivantes qui seront comprises dans le parcours de son billet: Ste-Anne-d'Auray, Auray, Hennebont, Lorient, Quimperlé, Rosporden et Quimper.

Le voyageur porteur d'un billet délivré aux conditions ci-dessous à destination de Vannes, est autorisé à s'arrêter à Questembert à l'aller et à repartir de ce point au retour.

En outre, le voyageur porteur d'un billet délivré aux conditions qui précèdent, pour l'une quelconque des stations balnéaires ci-dessus, aura le droit de s'arrêter, une seule fois, à l'aller ou au retour pendant 48 heures, soit à Nantes, soit en deçà.

Admission des voyageurs de 2e et 3e classes dans les trains express 19, 9 et 29

Les trains express nos 19 et 9, partant de Paris (Gare d'Orléans) le premier à 8 h. 25 matin et le second à 11 h. 20 matin, prennent les voyageurs de 2e et 3e classes munis de billets de bains de mer à destination desdites stations.

Le train express no 29, partant de Paris (Gare d'Orléans) à 9 h. 25 soir, prend les voyageurs de 2e et 3e classes porteurs de billet de bains de mer.

Délivrance des billets à la Gare du chemin de fer d'Orléans quai d'Austerlitz au bureau, 8, rue de Londres ainsi qu'à tous les autres bureaux succursales de la compagnie d'Orléans

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Hopital Saint-Jean. **Observations médicales recueillies dans le service de M. le Dr Desirée.** — Bruxelles, Henri Lamertin, éditeur, 1893.

Librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon, Paris.

Thérapeutique obstétricale, par le Dr Auvard, accoucheur des hôpitaux de Paris. Bibliothèque de thérapeutique médicale et chirurgicale, 1 vol.

Recherches bactériologiques sur la fièvre typhoïde, par le Dr E. Malvoz, assistant d'anatomie pathologique et de bactériologie à l'Université de Liège (Mémoire couronné par l'Académie royale de médecine de Belgique) — In-8o. — Prix: 2 francs.

Bulletin hebdomadaire de Statistique municipale.

DÉCÈS NOTIFIÉS DU 23 AU 29 JUILLET 1893

Fièvre typh. 25.—Typhus, 0.—Variole, 8.—Rougeole, 12.—Scarlatine, 6. — Coqueluche, 3.— Diphtérie, croup, 21.— Grippe, 0. — Affections cholériformes, 0. — Phtisie pulmonaire, 168. — Méningite tuberculeuse, 18. — Autres tuberculoses, 19. — Tumeurs cancéreuses et autres, 57. — Méningite, 24 — Congestion et hémorrhagie cérébrale, 17 — Paralysie, 4. — Ramollissement cérébral, 6. — Maladies organiques du cœur, 41. — Bronchite aiguë et chronique, 20. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 48. — Autres affections de l'appareil respiratoire, 14. — Gastro-entérite des enfants : sein, biberon et autres, 113. — Fièvre et péritonite puerpérales. 6. — Autres affections puerpérales, 0. — Débilité congénitale, 15. —Sénilité, 24. — Suicides, 10. — Autres morts violentes, 12. — Autres causes de mort, 126. — Causes inconnues, 13 — Total : 830.

Le Rédacteur en chef et Gérant : F. de Ranse.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame. — *Téléphone.*

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Rédacteur en chef : M. le Dr F. DE RANSE

Comité de Rédaction : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN
J. ARNOULD (de Lille), P. FABRE (de Commentry), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon)

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, avenue Montaigne (Rond-Point des Champs-Elysées

BACTÉRIOLOGIE

RECHERCHES SUR UN MICROBE NOUVEAU DE L'ICTÈRE GRAVE,

Par M. Ranglaret et J. Maheu (1).

Le 29 décembre, la nommée M.. (Yvonne), âgée de 25 ans, entre à l'Hôtel-Dieu dans le service du Dr Ferrand (lit 28 de la salle Sainte-Anne).

Cette malade est apportée dans le coma le plus complet, le pouls donne 120 à 125 pulsations, la température est de 40 degrés. Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine. On apprend qu'elle n'est malade que depuis deux jours.

Le surlemain, la température tombe à 37 degrés, le pouls reste à 120, il est petit et dépressible. On remarque un peu de subictère. L'état comateux est moins prononcé.

Le 27 décembre, teinte ictérique très prononcée, pigments biliaires et albumine dans les urines.

Le 28, mort avec hémorragie.

A l'autopsie, les principales lésions portent sur le foie qui est légèrement atrophié et dont les cellules hépatiques sont dégénérées.

Examen bactériologique. — Les recherches portent sur le foie, la rate et les poumons. Nous trouvons les trois microbes suivants :

1° *Bacterium termo*; 2° *Staphylococcus pyogenes aureus*; 3° *Bacille de la pneumonie*. Enfin un 4e microbe que nous retrouvons dans les trois organes examinés et que nous avons étudiés en détail.

Culture sur plaque. — Sur plaques, les colonies mettent de vingt-quatre à quarante-huit heures à se développer, examinées avec un grossissement de 30 diamètres, elles ont au bout de vingt-quatre heures, l'apparence d'un disque légèrement transparent.

Après vingt-six heures, il se forme à l'intérieur de ce disque transparent un noyau opaque s'étendant de plus en plus à mesure que la culture vieillit ; ce noyau est ridé à sa surface.

C'est alors que la culture devient saillante. Ces colonies blanches sont composées de bacilles, elles liquéfient la gélatine en trois ou quatre jours.

Bacilles. — Les bacilles mesurent 1 μ à 2 μ de long, sur 0 μ 5 de large, et sont droits ou très légèrement incurvés et ont les bouts ronds, quelquefois ils sont groupés à la suite les uns des autres et forment des chaînettes de bacilles (*streptobacillus*).

Ils sont aéro-anaérobies mais plus encore aérobies et sont dénués de mouvements, S. . . .

Colorants. — Ces bacilles se colorent par le violet de méthyle, par le violet de gentiane, la méthode de Luhimoff.

(1) Société de biologie, 8 juillet 1893.

FEUILLETON

RAPPORTS AU PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Monsieur le Président,

J'ai l'honneur de vous soumettre deux décrets délibérés en Conseil supérieur de l'instruction publique, portant l'un réorganisation des études médicales, l'autre institution dans les Facultés des sciences d'un certificat d'études physiques, chimiques et naturelles. Je ne saurais mieux faire, pour vous en exposer les motifs, que de placer sous vos yeux les deux rapports présentés au Conseil supérieur, le premier par M. Brouardel, doyen de la Faculté de médecine de Paris; le second, par M. Darboux, doyen de la Faculté des sciences de Paris.

I

Réorganisation des études médicales

(Rapport de M. Brouardel.)

Le projet que la commission chargée d'étudier la réforme des études médicales soumet à l'approbation du Conseil, a pour origine les observations présentées par les Facultés de médecine depuis plus d'un demi-siècle.

Le développement pris dans ces dernières années par les sciences, la nécessité d'initier d'une façon pratique les étudiants aux travaux de laboratoire, enfin la promulgation de la nouvelle loi sur l'exercice de la médecine, ont rendu urgente la solution de problèmes soulevés depuis de si longues années.

Ces diverses questions ont été, en ces derniers temps, soumises à des enquêtes successives, dans lesquelles se trouvent consignées les opinions des Facultés de médecine. Le projet ne fait que les résumer et les coordonner.

Malgré cette longue élaboration, le projet n'a pas été sans

Ils prennent le Gram dans les coupes, ils se colorent bien par la méthode de Kuhne.

Cultures sur gélatine. — Sur gélatine ensemencée par stries on obtient, au bout de quarante-huit heures, un sillon blanc qui prend du relief au bout de deux ou trois jours; il est formé par la réunion d'une quantité de colonies rondes et ses bords sont comme taillés à l'emporte-pièce; au bout de quatre à cinq jours, la gélatine est complètement liquéfiée.

Sur gélatine ensemencée en profondeur, on obtient un léger entonnoir au bout de trente-huit à cinquante-deux heures. L'entonnoir se trouve rempli par les colonies et forme clou, autour de ce clou blanc brillant se forme une zone ronde, plus claire, n'atteignant jamais les parois du tube. La traînée est très accentuée au troisième jour. La liquéfaction commence alors et se termine au sixième jour. Alors les colonies se rassemblent au fond du tube, et le dépôt remis en suspension si l'on agite affecte la forme de flocons.

D'autres fois, dans les ensemencements en profondeur dans de grandes quantités de gélatine, la traînée présente sur son parcours de grosses boules lui donnant la forme d'une véritable corde à nœuds. Ces boules sont blanches et analogues aux autres colonies.

Culture sur gélose. — Sur gélose il se forme, sur toute la surface, une couche blanche légèrement crémeuse, ridée à sa surface.

Culture sur pomme de terre. — Au bout de vingt-six heures on a des colonies en plaques blanches, plissées, sèches et saillantes, se détachant pour tomber dans l'eau de cuisson. Ces colonies se composent de bacilles primitifs, mais on voit cependant de la tendance à l'allongement.

Cultures dans le bouillon. — Après quarante-huit heures, à 33 degrés, le bouillon est troublé et renferme des bacilles en filaments et plus gros que les primitifs.

Culture en milieu sucré. — Dans l'eau renfermant 30 p. 100 de sucre ou dans les bouillons préparés suivant la formule suivante :

Par litre de bouillon :

Viande de veau	500 grammes.
Chlorure de sodium	5 —
Sucre candi	25 —
Peptone	5 grammes
Phosphate de soude	traces.

Après quarante-huit heures d'incubation à l'étuve à 35° il se forme dans le bouillon des traînées blanchâtres gélatineuses. Quinze heures après l'ensemencement, le liquide ne renferme que des types primitifs; vingt quatre heures après on ne trouve que des chaînettes de bacilles; enfin après quarante-cinq heures, on ne voit plus que de longs filaments affectant la forme d'S et présentant des ramifications. Après cinq jours de culture les filaments s'enchevêtrent pour former des arabesques puis tout disparaît.

Si on inocule des tubes de gélatine avec la culture sucrée renfermant les filaments, on n'obtient que des bacilles primitifs.

Ces expériences nous ont montré que ces microbes se reproduisaient par segmentations. Ils ne produisent pas dans les bouillons de fermentations putrides.

Sur 4 souris inoculées avec les cultures en bouillons, 3 sont mortes avec tous les caractères d'une septicémie généralisée.

Inoculations aux animaux. — Les expériences faites sur les animaux nous ont donné les résultats suivants :

Les inoculations par scarification produisent un œdème au point d'inoculation.

Les inoculations péritonéales faites avec les bouillons sucrés : résultats négatifs.

Deux cobayes sur 4 sont morts en quarante-huit heures.

L'autopsie des cobayes montre les lésions suivantes : Œdème au point d'inoculation; à partir de cet œdème et pénétrant dans la peau, une traînée purulente qui pénètre dans le foie. Le foie est atrophié, gris à la coupe; les cellules hépatiques sont a détruites dans les parties superficielles.

La bile est fluide; examinée après fixation à l'alcool et l'éther et colorée sur lamelles, on remarque une grande quantité du microbe que nous avons étudié. La rate et le poumon renferment aussi ce même microbe (autopsie faite cinq heures après la mort).

Un lapin sacrifié après cinq jours offre des lésions à peu près analogues.

Les ensemencements des différentes parties provenant de

---

provoquer quelque émotion au dehors, surtout dans certaines Écoles secondaires de médecine et de pharmacie.

Votre Commission pense qu'il a été insuffisamment connu ou mal compris, et que, par suite, quelques explications sont nécessaires pour montrer qu'il ne contient aucune disposition sur laquelle les opinions médicales, appelées à se prononcer de la façon la plus précise, n'aient été à peu près unanimes, qu'il répond aux nécessités de l'enseignement, enfin qu'il ne supprime ni ne diminue aucun des privilèges dont jouissent actuellement les Facultés et les Écoles secondaires.

I. — Historique et état actuel.

De tout temps, les professeurs des Facultés de médecine, notamment les professeurs de physique, de chimie, d'histoire naturelle, se sont plaints que les étudiants en médecine abordaient les études médicales avec une préparation scientifique insuffisante; que, par suite, ces professeurs étaient obligés d'enseigner les éléments des sciences à des élèves qui auraient dû les posséder avant de s'inscrire dans les Facultés.

Ils ont fait remarquer à juste titre que les chaires de chimie, physique et histoire naturelle ont été créées par les Facultés de médecine dans le but, non pas d'enseigner les sciences générales, mais d'en faire connaître les applications médicales à la physiologie, à la pathologie, à la thérapeutique, à l'hygiène, à la médecine légale, à la clinique. Les professeurs chargés de cet enseignement, placés en présence d'élèves n'ayant que des notions tout à fait insuffisantes sur la physique, la chimie, l'histoire naturelle générales, se sont trouvés dans la nécessité de les compléter et de consacrer la plus grande partie de leur temps, soit dans les travaux pratiques, à exposer les questions non médicales avec lesquelles les étudiants auraient dû être familiarisés avant d'entrer dans les Facultés. D'autre part, ils ne pouvaient donner à la partie essentielle de leur enseignement, celle qui est leur raison d'être à la Faculté, je veux dire aux applications des sciences

ces autopsies (rate, bile, foie, poumon) ont reprodnit des cultures presque pures de notre microbe. Pendant le vivant de ces animaux, leur sang n'a pu donner lieu à des cultures.

Conclusions. Nons nous sommes donc trouvés en présence d'un microbe spécial que nous avons pu isoler complètement et nous croyons avoir montré qu'il a des caractères morphologiques absolument distincts. Les inoculations ont d'ailleurs été positives puisqu'elles ont produit l'atrophie des cellules hépatiques. Est-ce à dire que nous considérons ce microbe comme spécifique de la maladie? Assurément non, car nos recherches ne portent que sur un seul cas. Néanmoins il nous a paru intéressant de faire connaître ces faits qui peuvent ouvrir de nouvelles voies aux bactériologistes.

De notre côté, nous travaillons en ce moment à un deuxième cas d'ictère grave recueilli dans le service du Dr Ferrand, de l'Hôtel-Dieu.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

SUR LE TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE DU TÉTANOS,

Par M. Verneuil.

(Suite) (1).

La délicate question de l'abstention conduit naturellement à se demander si le traitement local, quand rien ne s'y oppose et ne le contre-indique, doit être appliqué dans tous les cas. Or, la réponse varie. Nul doute que l'action (sauf les réserves énoncées plus haut) ne soit fort recommandable quand le tétanos est déclaré. Mais avant qu'il ait fait explosion, en présence d'une plaie quelconque et sous le prétexte que les mesures préventives sont la garantie la plus sûre contre le développement de ce mal terrible, va-t-on instrumenter avec le fer ou le feu? renoncer à la chirurgie conservatrice, à ce que j'appelle familièrement l'*économie de la peau humaine*? A la réunion immédiate, aux pansements rares ou par occlusion, si précieux? A coup sûr, non, à moins qu'on ne possède quelques indications sérieuses sur la possibilité, la probabilité ou la vraisemblance de la complication tétanique. Or, ces indications existent-elles? et d'où peuvent-elles être tirées?

Nos maîtres avaient bien remarqué l'imminence du mal en cas de plaies contuses, lacérées, anfractueuses, causées par les corps pesants, les machines, les projectiles de guerre, et surtout quand elles se compliquent de corps étrangers, d'inflammation de mauvaise nature, de gangrène, de douleurs violentes, etc. Et aussi en cas de blessures moins graves, mais portant sur les parties découvertes et les extrémités des membres, tête, face, cou, mains et pieds.

Mais comme dans les hôpitaux et la pratique civile, aussi bien qu'après les grands combats, on pouvait pendant, des années entières, soigner des centaines de blessures sans observer un seul cas de tétanos, on ne prenait contre lui aucune précaution particulière si ce n'est d'éviter le froid (cause uniquement déterminante), on n'instituait aucun traitement spécial, bien plus préoccupé qu'on était, et non sans raison, de prévoir et de prévenir des complications infiniment plus fréquentes et presque aussi graves, comme : la gangrène, les phlegmons, l'érysipèle, les hémorragies secondaires et l'implacable pyohémie.

Si l'on me rappelait les cas déjà assez nombreux d'amputation faite avant l'apparition du trismus, je répondrais que ces opérations n'ayant été pratiquées, presque toujours et à très bon droit d'ailleurs, que pour remédier à des désordres primitifs fort étendus : arrachement, broiement, fractures compliquées des membres, ou des complications menaçantes : phlegmons gangreneux, hémorragies, etc., exigeant d'ordinaire le sacrifice du membre, même en l'absence de toute association tétanique — on ne saurait en vérité compter ces cas au bilan historique du traitement chirurgical préventif du tétanos puisque la prévention n'a été ni discutée, ni préméditée, ni obtenue.

D'où cette conséquence naturelle que les chirurgiens, n'ayant rien qui leur démontrât l'utilité ou l'inutilité des moyens locaux préventivement opposables au tétanos, en étaient venus, pour la plupart, à en négliger complètement l'emploi.

(1) Voir la *Gazette médicale*, n° 31, 1893.

à la médecine, que des développements très restreints. Ils n'auraient pas été compris par des élèves qui n'avaient pas encore absorbé l'étude de l'anatomie, de la physiologie et de la médecine.

Les élèves eux-mêmes, convaincus que la possession du grade de bachelier ès sciences restreint suffisait à prouver qu'ils connaissaient ces sciences, n'apportaient à leurs études, dans cette première année, qu'une ardeur très mal soutenue. Pour eux, la date réelle de leur entrée à la Faculté de médecine était celle qui leur ouvrait les portes des pavillons de dissection, c'est-à-dire la deuxième année.

Les plaintes étaient unanimes et les résultats du premier examen de doctorat, subi à la fin de la première année, montrent que, malgré le zèle des professeurs, plus du tiers des étudiants en médecine, et quelquefois la moitié, échouait à cette épreuve deux ou trois fois, et qu'un grand nombre d'entre eux, découragés, renonçaient définitivement aux études médicales.

Dans le programme actuel des études, lorsque l'étudiant a accompli cette première année de scolarité, il ne trouve plus, pendant toute la durée de ses études médicales, un cours ou une conférence destinés à lui montrer les applications des sciences physiques, chimiques ou naturelles à la médecine. Il en résulte que, par suite de l'insuffisance de leur préparation avant d'entrer à la Faculté de médecine, les étudiants reçoivent incomplètement l'enseignement de la physique, de la chimie et de l'histoire naturelle générales et plus incomplètement encore celui de leurs applications à la médecine.

Ce vice du programme des études médicales a été signalé de tout temps. Je n'en citerai qu'une preuve. Dans la haute Commission des études médicales, réunie en 1845 sous la présidence du ministre de l'Instruction publique, M. de Salvandy, Orfila disait, dans la séance du 23 décembre : « A l'époque où fut faite la loi du 19 ventôse an XI, on ne s'occupait pas des sciences dites accessoires, qui sont devenues d'une si grande importance aujourd'hui et qui exigent au moins une année

Par bonheur, les études étiologiques et pathogéniques poursuivies avec tant de persévérance et de succès dans ces dernières années nous ont mis à même aujourd'hui, une plaie étant donnée, de supputer les chances qu'elle a d'être infectée ou non par le virus tétanique et, par suite, de prendre dans le premier cas des précautions spéciales qui serait tout à fait superflues dans le second.

Toutefois, comme pendant la période d'incubation ou de latence, les plaies tétanifères ne présentent aucun caractère objectif qui puisse sûrement les distinguer des plaies ordinaires ou simples et que les signes et symptômes ne fournissent pas les éléments de ce diagnostic, il faut les chercher ailleurs, c'est-à-dire dans les commémoratifs, à l'aide desquels on peut assez aisément séparer les unes des autres :

Les blessures vraisemblablement pures ou non menacées, et les blessures probablement impures et qui doivent être tenues pour suspectes :

Tout le monde s'entendant sur les premières, je me contenterai de définir les secondes : *celles qui, mises en rapport direct ou indirect immédiat ou secondaire avec les supports du virus ou le virus lui-même, peuvent l'avoir reçu et le recéler encore* (1).

Quelques exemples montreront que la distinction est, en général, plus aisée à faire qu'on ne serait porté à le croire.

Vous êtes appelé au quatrième étage dans une chambrette bien propre où une couturière vient de s'écraser, entre deux portes, les doigts de la main droite, ou encore chez un peintre en décors qui, travaillant dans une maison neuve et tombant d'une échelle, s'est fracturé la jambe au quart inférieur avec plaie et issue des fragments. Si l'inspection attentive des domiciles ne vous y fait voir aucun corps tétanifère et si vous ne l'êtes pas vous-même, vous ne risquez guère ni de vous tromper ni de nuire aux blessés en déclarant les blessures non menacées, non suspectes et en les traitant par les procédés antiseptiques les plus simples et les plus conservateurs. Songez, au contraire, avant de prendre le bistouri ou le couteau, à ce que serait, pour le peintre le sacrifice d'une jambe et pour la couturière la mutilation de la main droite.

Mais, d'autre part, on vous mande auprès d'un charretier qui a été mordu par son cheval, d'un maraîcher qui s'est blessé à la main avec un petit fragment de verre, d'un fermier qui s'est piqué au pied avec une dent de fourche en charriant du fumier; alors, si vous m'en croyez, changeant aussitôt de langage, vous déclarerez nettement suspectes ces blessures, si bénignes qu'elles puissent paraître, et sans perdre une minute, si faire se peut, les traiterez localement avec d'autant plus d'énergie qu'en somme les sacrifices à faire et les dégâts matériels à imposer seront, en pareil cas, presque insignifiants; d'ailleurs, s'il fallait se montrer plus prodigue, on se rappellerait qu'il n'y a pas à mettre en parallèle la conservation d'un organe et celle de la vie gravement menacée.

D'ailleurs on pourrait, sans doute, trancher cette question de pureté ou d'impureté des plaies, si les bactériologistes parvenaient à constater *de bonne heure et en peu de temps* l'absence ou la présence du virus dans les blessures suspectes. Or, en certains cas du moins, la chose semble réalisable. On sait, en effet, que l'incubation dure en moyenne une huitaine de jours, si donc on entreprenait les recherches le jour de l'accident et même le lendemain et si elles étaient affirmatives au bout de deux ou trois jours, on pourrait donner encore à la thérapeutique quatre jours d'avance sur la déclaration du mal, en d'autres termes, tenter un traitement abortif ou atténuatif avec quelque chance de succès.

Pour soutenir ma proposition, j'invoquerai de nouveau la belle observation de M. Ferraton.

Le malade est blessé le 28 octobre à 5 heures du soir. Le lendemain, on reconnait une petite plaie contuse, à bords déchiquetés, anfractueux, communiquant avec l'articulation phalangino-phalangettienne du médius et dont l'étroitesse rend la désinfection difficile. Comme on fait sourdre du pus en fléchissant la phalangette, il est certain que l'asso-

(1) Maintes fois déjà, en traitant des origines même du tétanos humain, j'ai indiqué les conditions dans lesquelles les plaies avaient chance d'être infectées par le bacille de Nicolaïer et devaient par ce fait être réputées suspectes. Pour me dispenser de reproduire ici la très longue liste, je renverrai aux sources suivantes : *Revue de Chirurgie*, 1887, p. 759; — *Acad. de méd.*, t. XXI, 1889, p. 290, 337 et suiv., — *Gaz. hebd.*, 1890-1891; — Terre, Cheval, Homme tétanifères.

---

d'études », et, appuyé par Dumas, il demandait que la scolarité des études médicales fût portée à cinq ans. De son côté, le doyen de la Faculté de Strasbourg, Coze, demandait que le baccalauréat ès sciences (alors il n'était pas restreint) fût acquis avant d'entrer à la Faculté de médecine comme sous le régime de 1827 à 1831. On croirait, en lisant ces procès-verbaux, assister aux discussions de l'époque présente.

L'unanimité des réclamations présentées depuis lors par les diverses Facultés a suscité diverses enquêtes; je m'en tiendrai à celles que l'Administration a provoquées en 1890 et 1892.

En 1890, la question était ainsi posée par une circulaire ministérielle : « Création d'une série de la seconde partie du baccalauréat propre aux futurs étudiants en médecine et comprenant la physique, la chimie et l'histoire naturelle avec des épreuves pratiques. Organisation dans les Facultés des sciences d'une année d'études correspondant à ces matières. Distribution des matières de l'enseignement médical en quelques années. »

En 1892, la circulaire ministérielle du 9 mai posait la question un peu différemment :

« 1. Organisation dans les Facultés des sciences, après des études secondaires complètes, y compris la classe de philosophie, d'une année d'études théoriques et pratiques, comprenant la physique, la chimie et l'histoire naturelle, à la place du baccalauréat ès sciences restreint et de la première année du programme actuel des Facultés de médecine;

« 2. Organisation de quatre années d'études médicales, y compris les applications des sciences physiques et naturelles à la médecine; remaniement des examens de manière à en faire rentrer une partie dans la durée de la scolarité. »

Il y a lieu de remarquer qu'en ce qui concerne l'organisation des études médicales et la préparation scientifique nécessaire à ces études, les questions posées aux Facultés en 1890 et 1892 sont identiques; la différence ne porte que sur les études secondaires préalables. En 1890, on demandait si elles ne pouvaient pas s'arrêter à la rhétorique. En 1892, on

ciation des microbes tétaniques et pyogènes étant déjà réalisée, on aurait pu constater la présence du virus soit par le microscope, soit par l'inoculation.

D'autre part, cette association existait déjà dans le tissu souillé par les déjections équines, comme l'atteste le résultat positif de l'inoculation qui fit périr deux cobayes du tétanos en trois jours. Si donc, on avait fait cette inoculation le 29 au matin, on aurait été vraisemblablement fixé sur l'impureté de la plaie dès le 1er novembre, c'est-à-dire neuf grands jours avant l'apparition d'un très léger trismus, délai qu'on aurait pu certainement utilement employer.

Naturellement, je ne donne pas comme neuve l'idée de recourir aux inoculations et aux cultures pour établir la provenance réelle du tétanos dans les cas douteux, mais je ferai remarquer que cette enquête, n'a été généralement entreprise, par moi tout le premier, qu'après le mal déclaré, afin de fixer seulement l'étiologie et la pathogénie. Or, je voudrais, quand la chose sera praticable, qu'elle fût instituée également dans les intérêts du diagnostic, du pronostic et du traitement; qu'on fit, pour le tétanos comme pour la tuberculose par exemple, une place à la bactériologie parmi les procédés d'exploration clinique, ce qui sera, quand on le voudra bien, beaucoup plus aisé qu'on ne le pense.

Ajoutons que cette notion des blessures suspectes modifie tellement la pratique ordinaire, qu'elle place à peu près au même niveau, au double point de vue du danger de l'infection et de l'urgence de l'action, les grands délabrements et les micro-traumas, de sorte que, par l'adjonction d'un virus en quantité presque impondérable, une égratignure de la peau ou la piqûre d'une épine égalent en gravité l'arrachement du cuir chevelu ou l'écrasement d'un membre.

Je ne voudrais pas quitter cette question si intéressante des foyers purs et impurs sans rappeler aux praticiens que, pendant toute la durée de leur évolution les blessures peuvent passer d'une catégorie dans l'autre, les primitivement pures venant à s'infecter et les impures à se débarrasser du virus. D'où, comme résultat de cette métamorphose, le changement du pronostic et des indications thérapeutiques, y compris le traitement local.

Donnons quelques exemples.

OBS. XVIII. — *Légère écorchure du coude droit. Nuit très chaude passée dans une écurie sur le matelas du palefrenier. Arrachement de la croûte. Tétanos grave. Mort.*

Pendant l'été de 1891, entra dans mon service le nommé X..., concierge, de 40 ans environ, atteint depuis deux jours de tétanos à forme grave. Une quinzaine de jours auparavant, il s'était fait, au niveau de l'olécrâne, une écorchure très peu étendue à laquelle il n'avait fait aucune attention et qui, très sommairement pansée, se recouvrit d'une croûte.

Le blessé continua sa besogne ordinaire. Il habitait une loge très étroite et très mal aérée dans une maison avec cour, remise et écurie habitée d'ordinaire par deux chevaux et un palefrenier, lesquels étaient partis pour la campagne quelques jours auparavant.

Par une nuit chaude, X..., étouffant dans sa loge, eut la malencontreuse idée de prendre un oreiller et une couverture et d'aller s'étendre sur le matelas du palefrenier. Il s'endormit bientôt et passa là le reste de la nuit. Il s'appuya probablement sur le coude, car le lendemain matin la plaie était réouverte par suite de la chute de la croûte protectrice. On fit encore cette fois un pansement insignifiant, X... retourna encore les deux nuits suivantes passer quelques heures dans l'écurie où il se trouvait très bien. Mais au bout d'une semaine environ, alors que l'écorchure était presque cicatrisée, le tétanos éclata et entraîna la mort.

M. le Dr Geschwind vient de publier un cas tout à fait comparable, la température exceptée (1).

OBS. XIX. — Un fantassin, chargé de soigner un cheval d'officier, qui se trouvait de garde à l'écurie dans la nuit du 13 au 14 janvier 1892 par un froid de 13 degrés, passa la nuit couché sur la paille étalée sur le pavé de l'écurie : le tétanos éclate trois jours après ; on croit avoir affaire à la variété *a frigore*, car l'homme n'accuse aucune blessure. Mais on découvre sur la face dorsale de la main, à la base de l'index droit, une légère fissure non enflammée et recouverte d'une croûte sèche...

Le malade succomba le 26 à une hémorragie pulmonaire. (Résumé.)

(1) *Archives de méd. et pharm. milit.*, avril 1893, p. 310.

admet qu'elles comprendront nécessairement une année de philosophie.

Ce changement s'explique par deux raisons. D'abord, dans la section permanente, on a élaboré de nombreux projets dans le but de faire tenir dans une seule année la classe de philosophie et l'année de préparation des sciences physiques et naturelles; on n'a pu aboutir à un plan véritablement satisfaisant et on a dû y renoncer. Puis les Facultés de médecine, qui avaient soulevé la question de la suppression ou de la transformation de la classe de philosophie, se sont ensuite prononcées à une grande majorité contre toute modification de cette classe.

Analysons maintenant les réponses que les diverses Facultés ont faites aux questions posées en 1890 et 1892.

Faculté de médecine de Paris. 1. (1890). — Les aspirants à la Faculté de médecine feront une année d'études scientifiques préparatoires à la médecine. Voté à l'unanimité.

2. Cette année d'études préparatoires sera organisée dans les Facultés des sciences. Adopté par 17 voix contre 6.

En 1892, la réponse est encore affirmative sur le mode d'organisation des études médicales et des études scientifiques préparatoires. Seulement l'assemblée demande qu'un examen soit institué pour l'entrée dans la Faculté, et, dans le cas contraire, elle demande que l'enseignement préparatoire soit rattaché aux Facultés et Ecoles secondaires de médecine tout en étant distinct et séparé de la scolarité médicale.

Disons de suite que cet examen d'entrée subi à la Faculté de médecine par des élèves qui ne seraient pas étudiants en médecine a dû être écarté comme contraire aux principes mêmes des statuts universitaires.

Faculté de médecine de Bordeaux: (1890). — Elle répond affirmativement aux questions posées par la circulaire. Elle demande la suppression du baccalauréat restreint, la création d'une année préparatoire dans les Facultés des sciences. En 1892, elle répond affirmativement sur l'organisation des

Voici encore l'observation d'une blessure contractée en dehors de tout contact primitif direct ou indirect avec la terre ou le cheval, mais vraisemblablement inoculée dans une écurie.

Obs. XX. — *Plaie contuse au front. Pansement sommaire. Séjour dans une écurie avant d'aller à l'hôpital. Tétanos aigu. Guérison.*

En août 1882, vers 5 heures du soir, un homme reçoit dans une rixe un coup de carafe sur le front. Il en résulte une plaie contuse de 4 centimètres n'intéressant que les téguments.

La plaie, qui paraît assez simple, est pansée par un pharmacien. Dans la soirée, le blessé va se coucher dans une écurie où on lui donnait d'habitude l'hospitalité.

Le lendemain matin, il est transporté d'urgence à l'hôpital atteint des symptômes non équivoques du tétanos aigu : trismus, raideur de la nuque, dont il guérit cependant après une longue période de phénomènes très intenses. Sans travail au moment de sa blessure, cet homme avait été précédemment employé chez un négociant en peaux de bœufs, moutons, etc. (Dr Villeprand, de Manosque) (1).

Soyez assurés que ces infections secondaires sont beaucoup plus fréquentes qu'on ne le croit ; elles peuvent sans nul doute être produites par les topiques absurdes signalés plus haut ; terre de ruc, house de vache, crottin de cheval, toiles d'araignée, ou favorisées par des pansements sales, comme chez cet homme dont j'ai rapporté l'histoire (*Mém. de chir.*, t. V, p. 243) et qui, atteint de fracture compliquée du coude par roue de voiture, arriva à l'hôpital huit jours après, la jointure encore enveloppée de chiffons grossiers tachés de pus et de sang ; ou cet autre qui, en 1889, tombant d'un cheval malade qu'il montait à poil, et se blessant très légèrement à la joue et à la malléole externe, ne trouva rien de mieux que de laver ses petites plaies avec l'éponge qui lui servait à panser son cheval et passait la plus grande partie de sa journée avec cet animal, dans son écurie humide et mal aérée.

(1) Cet homme était-il tétanifère avant sa blessure ? A-t-il contracté le tétanos par auto-inoculation immédiate ou par hétéro-inoculation secondaire dans l'écurie ? Cette dernière supposition me paraît la plus vraisemblable.

Dix jours après, alors que la cicatrisation des écorchures était complète, le tétanos éclatait et amenait la mort en quarante-huit heures. (Dr Moutet, chirurgien de l'hôpital civil de Mustapha.)

Les inoculations secondaires surviennent encore dans une foule de circonstances particulières qu'il importera de signaler au fur et à mesure qu'elles seront connues si l'on veut formuler un jour une prophylaxie aussi complète que possible. Je prendrai au hasard deux exemples pour donner une idée de ces provenances inattendues.

On ne sait guère à quoi s'en tenir sur la rareté ou la fréquence du tétanos sur les plages maritimes et chez les marins. Beaucoup d'auteurs s'accordent à dire qu'il est commun au bord de la mer, ce qui s'expliquerait par les variations de température, le refroidissement, etc. Par malheur pour cette assertion, si la maladie est fréquente dans le Finistère, le Morbihan, le Calvados, elle serait infiniment rare dans le département de la Manche avec son immense littoral, à Berck-sur-Mer, à Trouville, à Canne, à Biarritz, d'après mes propres renseignements ; j'ai lu quelque part que l'eau de mer serait une sorte d'antidote ou au moins un préservatif et je continue à affirmer la quasi-immunité chez les marins embarqués (1).

(1) J'ai reçu, à propos du tétanos à bord des navires, la lettre suivante qui constitue un document inédit bien curieux :

« Monsieur,

« Je me suis fait lire avec beaucoup d'intérêt vos communications à l'Académie de médecine sur le tétanos, c'est pourquoi je vous cite un fait dont je puis garantir l'authenticité.

« Je causais, il y a une quinzaine d'années, avec mon beau-frère, le comte de Foucher de Careil, alors âgé de 85 ans, fort instruit, conteur très intéressant et gendre du célèbre corsaire Surcouf, il me raconta les épisodes du combat sanglant que son beau-père avait livré aux Anglais dans le golfe du Bengale, pour s'emparer d'un navire nommé le *Trent* ou le *Quent*. La victoire resta aux Français. Les blessés furent nombreux des deux côtés, Surcouf garda les siens à bord et laissa les Anglais sur leur vaisseau qu'il ramena lui-même à l'île Bourbon. Or, presque tous les blessés ennemis périrent du tétanos, tandis qu'aucun des Français, blessés cependant dans les mêmes circonstances, n'en fut atteint.

« J'ai l'honneur d'être, etc.

« M. de Clinchamp.

« Orléans, 2 novembre 1891. »

études, demande une année d'études préparatoires et quatre années de scolarité médicale.

Faculté de médecine de Lille. — En 1890, elle répond affirmativement sur tous les points.

En 1892, elle se réfère à ses réponses de 1890.

Faculté de médecine de Lyon. — En 1890, elle répond affirmativement sur l'organisation des études. Elle préférerait que l'année préparatoire fût organisée dans les lycées plutôt que dans les Facultés des sciences.

En 1892, elle maintient l'ensemble de ses réponses, mais cette fois elle demande que l'année d'études préparatoires se fasse dans les Facultés des sciences et non plus dans les lycées.

Faculté de médecine de Montpellier. — En 1890, les réponses sont affirmatives sur l'organisation des études. « La Faculté admet aussi que les Facultés des sciences soient chargées de l'enseignement de la physique, de la chimie, de l'histoire naturelle. Elle demande que cet enseignement soit fortement organisé, de manière que les élèves arrivent suffisamment préparés pour aborder immédiatement l'étude des sciences médicales proprement dites. »

En 1892, la commission propose à la Faculté de revenir sur cette décision. L'assemblée semble avoir été assez divisée, car elle a voté deux projets parallèles : dans l'un, l'année préparatoire reste à la Faculté de médecine ; dans l'autre, elle doit se faire en dehors de celle-ci. Mais le projet qui m'a été transmis se termine ainsi : délibéré et adopté, le 7 juin 1892, avec préférence pour le projet B, celui qui demande que l'année préparatoire soit en dehors de la Faculté de médecine.

Faculté de Nancy. — En 1890, toutes les propositions de la circulaire ministérielle sont adoptées à l'unanimité ; en 1892, Nancy maintient son adhésion.

Faculté de Toulouse. — En 1890, la Faculté de Toulouse n'existe pas encore ; en 1892, elle est favorable au projet mis à l'enquête.

Malgré leur longueur, votre rapporteur a tenu à vous expo-

Mais voilà qu'un étudiant qui prépare sa thèse sur le présent sujet me fait savoir que le tétanos atteint communément la population maritime d'Arcachon, et me donne du fait une explication à la fois fort curieuse et très acceptable.

Beaucoup de personnes de cette ville travaillent dans le bassin ou sur le bord de la mer à la culture, la récolte ou le chargement de petites huîtres destinées à l'exportation ayant continuellement les pieds nus et immergés, elles se blessent légèrement la face plantaire ou les orteils avec les débris tranchants de coquilles mêlés au sable et à la vase. Puis la besogne faite, elles rentrent en ville par la grande route qui longe la plage et que parcourt sans cesse les chevaux et les voitures.

Comme elles ne mettent pas plus de chaussures hors de l'eau que dans l'eau, elles inoculent aisément les petites coupures et écorchures récemment faites.

Supposons une plage de sable fin; on y pourrait marcher impunément ou, si l'on s'y blessait, l'accident serait sans conséquence pour ceux qui remettraient leurs souliers pour marcher dans les rues de la ville.

L'autre origine n'est pas moins curieuse. Je la trouve mentionnée dans un petit travail intéressant sur un cas de tétanos des nouveau-nés d'origine microbienne, par M. Lop, externe des hôpitaux de Marseille (1).

Obs. — Un enfant issu de père et de mère très sains, prit de tétanos dix jours après sa naissance, succomba au vingtième jour, malgré un traitement par le choral en lavements. La rareté du cas engagea M. Lop à s'enquérir de son origine. Or l'accouchement avait eu lieu au Frioul, petit île très salubre située près de l'entrée du port de Marseille, dans une habitation distante de 150 pas d'une écurie où se trouvait depuis un an des chevaux venus de la caserne d'artillerie de Marseille, et où quelques jours avant leur départ un cheval était mort du tétanos. La mère avait l'habitude d'étendre son linge dans le voisinage de cette écurie. On pouvait donc songer à l'origine équine directe. Mais les inoculations à des cobayes de la poussière prise dans l'écurie et dans la cour où l'on pansait les chevaux, resta négative. En revanche, les recheches relatives à l'origine tellurique furent plus fructueuses. En effet, le Dr Chancel, qui avait donné ses premiers soins à l'enfant, raconta que quelques jours avant son accouchement la mère avait lavé les langes et les pièces qui devaient servir à panser l'ombilic du nouveau-né dans une mare d'eau croupissante abandonnée depuis longtemps. On eut alors l'idée d'examiner l'eau de la mare, la vase de son fond et la terre prise dans son voisinage. L'eau et la terre ne produisirent aucun résultat; en revanche, la vase tua en quatre jours deux cobayes à qui elle fut inoculée.

Je crois, dit M. Lop en terminant, que l'on a eu réellement affaire à un tétanos tellurique et qu'il y a plus d'arguments en faveur de cette origine que pour celle de M. Verneuil.

Je rends pleinement justice au soin avec lequel on a institué les recherches bactériologiques; mais des renseignements ultérieurs m'autorisent à renverser la proportion et à dire que si cheval et terre ont agi de concert, en plaçant les facteurs d'après leur importance, il faut admettre que la provenance a été équinotellurique plutôt que telluro-équine, la vase ayant été très vraisemblablement empoisonnée par les déjections du cheval. Je fonde cette opinion sur une lettre qu'a bien voulu m'écrire le Dr Chancel.

Cet honorable confrère commence par affirmer qu'aucun cheval ne s'est abreuvé et ne s'est baigné dans la mare, parce qu'aucun chemin ne faisait communiquer avec l'écurie cette mare située au milieu de rochers et qu'on ne pouvait d'ailleurs songer à utiliser une eau infecte alors qu'on avait à sa disposition une autre citerne renfermant de l'eau de bonne qualité et en quantité suffisante.

Toutefois un cheval appartenant à son entrepreneur venu de Toulon par mer au Frioul succombe, une semaine après son arrivée, à une affection convulsive un au environ avant le tétanos de l'enfant. Ce cheval, quoique isolé, aurait été reçu dans la même écurie que les autres. Le fumier de ces chevaux retiré 2 ou 3 fois par semaine, était entassé sur le bord de la mer, à une centaine de mètres de la mare et dans un tel rapport avec elle, que le vent du nord-ouest, très fréquent dans ces parages (mistral), entraînait très certainement des parcelles de fumier qui allaient se perdre dans l'eau de cette mare et l'empoisonner.

M. le Dr Petit, dans une excursion au Frioul, a reçu de M. Chancel, sur les lieux mêmes, les renseignements précédents (1).

(1) *Marseille méd.*, 30 mars 1889, p. 1889, p. 155.

(1) Cette observation servirait de matière à une note intéressante sur les mares tétanifères et le linge infecté, ainsi que la remarque suivante faite par un vétérinaire, M. Menveux.

XXX. Ce qui m'a frappé surtout c'est la recommandation, que font toujours les hongreurs habiles, de ne pas mener les animaux fraîchement châtrés dans les mares infectées où l'on a coutume de faire boire les animaux de la ferme. Ils en ont vu beaucoup, surtout de vieux béliers et des boucs, y contracter le tétanos...

Sur la Castration des Ruminants par torsion. (Voir *Recueil de médecine vétérinaire*, 15 janvier 1893, p. 27.)

(A suivre.)

---

ser complètement les résultats de cette laborieuse enquête. Le Conseil sera ainsi convaincu que, pour résoudre une question posée presque dans les mêmes termes depuis 1845, on a demandé toutes les opinions, et que celles-ci n'ont été émises qu'après des délibérations aussi mûries qu'elles ont été libres.

Ainsi, à l'unanimité, les Facultés demandent l'organisation d'une année de sciences physiques et naturelles préparatoires aux études médicales, et à la très grande majorité elles désirent qu'elle soit organisée dans les Facultés des sciences.

Après discussion, votre Commission a pensé que l'une des causes principales de l'échec des tentatives antérieures, c'est que, par des considérations diverses, on avait confondu dans un même enseignement ce qui était d'ordre général et ce qui est d'ordre médical; que cette confusion avait empêché de tirer de ces études le profit que l'on était en droit d'en attendre pour les sciences médicales. Par suite, elle pense qu'il y a lieu de séparer définitivement ces deux parties : de ne laisser entrer dans les Facultés de médecine que des élèves déjà suffisamment instruits dans les sciences physiques et naturelles; d'organiser, dans les Facultés de médecine, l'enseignement de ces sciences dans un but exclusivement médical, convaincue que, maintenu dans les Facultés de médecine et les Écoles, l'enseignement préparatoire ressemblerait trop à celui qui, jusqu'à ce jour, n'a donné que des résultats insuffisants.

(A suivre.)

REVUE DES JOURNAUX

BACTÉRIOLOGIE

Le choléra asiatique est-il une intoxication par les nitrites, par le Dr G. Klemperer. (*Berliner Klin. Wochenschrift*, 1893, n° 31, p. 741.)

Le travail de Klemperer est une réponse à celui que publiait récemment M. Emmerich et dont nous avons donné une analyse détaillée dans ce journal (n° 27, p. 318). M. Klemperer a entrepris de réfuter les arguments sur lesquels s'est appuyé M. Emmerich, pour soutenir que les accidents du choléra asiatique, sont imputables à un empoisonnement par les nitrites.

M. Klemperer ne nie pas qu'il existe une certaine analogie entre les symptômes du choléra asiatique et ceux qu'on a observés dans les cas connus, peu nombreux d'ailleurs, d'empoisonnement par les nitrites. Mais il invoque une notion aujourd'hui connue, suivant laquelle les mêmes symptômes et les mêmes altérations anatomo-pathologiques peuvent être produits par des poisons très dissemblables : un malade aura, par exemple, de la fièvre et les tuméfactions douloureuses de certaines jointures. Ce syndrome est généralement l'expression d'une infection produite par le virus rhumatismal. Mais il s'observe également dans le cours d'une infection par le virus scarlatineux ou par le virus blennorrhagique. Est-ce une raison d'identifier ces différents virus ? M. Klemperer a mutiplié ces exemples, pour en tirer cette conclusion : le seul fait de voir un poison chimique provoquer l'apparition d'un syndrome plus ou moins semblable à l'attaque de choléra n'autorise point à admettre des rapports entre ce poison et les bacilles du choléra.

Pour pouvoir affirmer l'exactitude de la thèse de M. Emmerich, il faudrait aussi démontrer que la virulence des bacilles du choléra est proportionnelle à l'activité avec laquelle ces bacilles fabriquent des nitrites. Or, les récentes expériences de M. Klemperer prouvent que le poison fabriqué par les bacilles du choléra et qui est doué de la propriété de tuer des cobayes, n'a rien à voir avec l'acide nitreux et les nitrites. M. Klemperer a pu se convaincre que les accidents symptomatiques de l'intoxication cholérique, peuvent être provoqués par des bacilles du choléra, qu'on a dépouillés, par voie d'échauffement, de leur aptitude à fabriquer des nitrites ; inversement la virulence des bacilles du choléra peut diminuer dans des proportions considérables, sans que pour cela l'aptitude de ces bacilles à fabriquer des nitrites soit amoindrie.

En troisième lieu, M. Klemperer a fait remarquer que nous possédons aujourd'hui un criterium pour reconnaître la spécificité d'un virus bactérien. Nous savons, en effet, que l'inoculation répétée de petites doses du poison spécifique fabriqué par certaines espèces bactériennes confère l'immunité contre les suites mortelles d'une inoculation subséquente de ce même poison à hautes doses. Or, les expériences faites par M. Klemperer démontrent que le nitrite de potasse ne possède pas la propriété de rendre les animaux réfractaires aux suites d'une inoculation du poison cholérigène à doses mortelles.

Un quatrième argument invoqué par M. Emmerich à l'appui de sa thèse n'a pas plus de valeur. Cet argument est relatif à la constatation de la méthémoglobinémie, aussi bien dans les cas de choléra que dans les cas d'empoisonnement par les nitrites. Or la méthémoglobinémie est loin d'être constante chez les animaux qui ont succombé aux suites d'une infection cholérique expérimentale. Emmerich lui-même a reconnu que la constatation de la méthémoglobine fait presque toujours défaut dans le sang des animaux auxquels l'infection cholérique avait été communiquée par la voie stomacale.

Par contre cette constatation avait été de règle chez les animaux qui avaient été inoculés par la voie intra-péritonéale. Or sur 11 expériences faites par Klemperer et consistant à injecter des cultures du bacille cholérigène dans le péritoine, une seule a donné des résultats positifs eu égard à l'existence de la méthémoglobinémie. Celle-ci s'observe d'ailleurs dans tous le cours d'empoisonnements très variés. On peut dire que tous les poisons qui exercent une action délétère sur les érythocites font apparaître la méthémoglobine dans le sang. Différentes maladies infectieuses sont connues pour se compliquer de méthémoglobinémie. Celle-ci a été constatée par Immermann (*Deutsches Archiv für Klin. Medicin*, t. XII, p. 504) dans un cas de fièvre typhoïde, par Heubner (*Eodem loco*, t. XXIII, p. 288) dans un cas de scarlatine, par Bacelli (Congrès de médecine interne de Leipzig, 1892) et Kohlstock (*Berliner Klin. Wochenschrift*, 1892, p. 427) dans des cas d'intoxication palustre. Pourquoi ne pas admettre que le poison cholérigène peut occasionner la méthémoglobinémie, sans l'intervention des nitrites ? D'ailleurs dans ses propres expériences, où cette intervention était exclue, M. Klemperer a pu constater que le poison cholérigène exerce sur les globules rouges une action délétère bien nette. Cette action délétère se traduit par la polychromatophilie (les substances colorantes qui, à l'état normal, ne colorent que les noyaux des globules, colorent également le discoplasma), quand le poison cholérigène est administré à doses moyennes, et la méthémoglobinémie, quand ce poison est administré à très fortes doses ; mais ces altérations n'ont aucunement la valeur d'un signe spécifique du choléra.

En résumé, M. Klemperer croit avoir fourni une réfutation en règle de la thèse de MM. Emmerich et Tsuboï, suivant laquelle les accidents du choléra asiatique ne seraient que l'expression d'un empoisonnement par les nitrites. En fait de caractères propres au poison cholérigène nous n'en connaissons présentement que deux : l'un réside dans ce fait que ce poison émane des bacilles spécifiques du choléra ; l'autre est lié à la propriété spécifique de ce poison, de rendre les animaux auxquels on l'inocule refractaires aux suites des inoculations subséquentes.

E. Ricklin.

BULLETIN

Le Congrès annuel de l'Association française, qui vient de s'ouvrir à Besançon, nous a déjà valu d'intéressantes communications sur des sujets très divers. Nous devons citer en premier lieu le discours d'inauguration que M. le professeur Bouchard a prononcé, en qualité de président de la session pour l'année 1893. Notre maître en a fait le texte d'une sorte de conférence sur la science et la profession médicales, un sujet à la fois élevé et difficile à traiter, à propos duquel chaque médecin se fait à la longue une opinion qui est généralement le fruit d'une expérience plus ou moins coûteuse. Nous avons lieu de croire que ce discours a suscité dans l'auditoire les mêmes sentiments d'approbation qu'il fait naître à la simple lecture. Ainsi, il était difficile de ne pas être en conformité d'opinion avec l'orateur, quand il a

fait ressortir la faveur dont la profession médicale jouit de nos jours, et cité le nombre sans cesse croissant de ceux qui s'y destinent; puis quand il a présenté cette situation comme étant le résultat de l'estime dont le public entoure les médecins, et aussi comme une conséquence de l'attrait de plus en plus prononcé que l'étude des sciences exerce sur les esprits modernes. Ce dernier mobile est extrêmement puissant, et c'est peut-être à lui que l'on doit rapporter l'origine de bon nombre de vocations qui, sans lui, seraient restées probablement hésitantes et indécises devant la voie à suivre. En tous cas, il justifie pour une part le crédit dont notre profession est pourvue aujourd'hui, auprès de toutes les classes sociales sans exception. Du reste, on peut déjà constater, à de certains indices, les effets de cette évolution nouvelle de l'esprit public à notre égard.

Ainsi, comme le fait remarquer justement M. Bouchard, c'est à elle que nous devons le relèvement de la condition morale et la réhabilitation des praticiens dits *spécialistes*, catégorie médicale que les générations précédentes avaient tenu longtemps à l'écart, pour des motifs parmi lesquels le reproche d'ignorance n'était pas le moins fondé. De nos jours, le principe de la spécialisation est accepté, comme une conséquence inévitable du développement incessant des sciences biologiques et de l'impossibilité corrélative où nous sommes aujourd'hui de posséder un savoir encyclopédique applicable indifféremment à toutes les branches de l'art. Et nul ne songe à nier les services qu'elle rend chaque jour, dans tous les domaines où elle s'exerce. M. Bouchard a cité opportunément, à ce sujet l'exemple de l'ophtalmologie, cette science âgée de 40 ans à peine et qui a déjà réalisé tant d'acquisitions importantes. Il aurait pu citer encore bien d'autres exemples en faveur d'une cause qui d'ailleurs est gagnée depuis longtemps. Mais si la médecine est devenue une science, dans la véritable acception du mot, et si ceux qui l'exercent ont droit à la considération qui, dans tous les temps, a environné les hommes voués au culte de la science pure, cela veut-il dire qu'elle doit rester confinée dans le laboratoire et dans le champ d'expériences de l'hôpital? Nullement, et on doit répéter plus que jamais qu'elle est avant tout le produit de l'observation et de la clinique qui lui ont fourni la matière de ses plus précieuses acquisitions. Pourtant il y a une tendance contraire, à l'heure actuelle, et c'est peut-être cette tendance qui explique en partie pourquoi les jeunes praticiens désertent les campagnes et s'entassent dans les villes, où ils trouvent plus de matériaux d'instruction. M. Bouchard faisait, l'autre jour, cette constatation à regret en montrant, statistique en main, que sur 36.000 communes françaises, il y en a 21.000 qui sont privées de médecins. C'est là une tendance fâcheuse contre laquelle il est temps de réagir, si on ne veut pas voir les campagnes délaissées de plus en plus par les praticiens au profit des grands centres déjà surchargés. Le discours de M. Bouchard nous a signalé le péril, il appartient maintenant aux pouvoirs publics d'aviser et d'intervenir efficacement. Il nous semble qu'il y a quelque chose à faire, par exemple, la création d'avantages spéciaux qui seraient, pour le jeune praticien en quête d'une installation convenable, une attraction et un motif suffisants pour le décider à accepter le rôle modeste, mais si élevé et si utile, de médecin de campagne. En tous cas, il y a là un desideratum dont la solution prochaine est désirable au plus haut point.

— Parmi les communications adressées au même Congrès, nous donnerons une mention spéciale à celles de M. Nicaise l'une relative à un point de pratique chirurgicale, l'autre à une question d'ordre essentiellement physiologique et médical. La première avait pour objet de déterminer les précautions à prendre chez le blessé et l'opéré en vue d'assurer l'évolution régulière du traumatisme et pour prévenir certaines complications qui paraissent tenir en partie à l'oubli de ces mêmes précautions. Dans cet ordre d'idées, M. Nicaise recommande l'usage des purgatifs que l'on devra administrer soit avant l'intervention opératoire, soit après la réalisation de celle-ci. Le but de cette pratique serait d'amener l'évacuation des produits septiques formés ou accumulés dans l'intestin et d'empêcher l'auto-intoxication dont ces produits sont fréquemment l'origine. M. Nicaise a cité à cet égard un fait caractéristique dans lequel il aurait vu des accidents généraux d'origine incontestablement septique disparaître avec l'emploi de purgations périodiques. Il y a peut-être là une interprétation un peu théorique, mais qui toutefois est conforme aux idées régnantes concernant la genèse et le mécanisme de certaines septicémies qui révèlent son origine interne. M. Le Gendre a du reste appuyé dans ce sens et fait ressortir à ce propos les bons effets que l'on peut retirer de l'antisepsie intestinale, pratiquée avec les moyens que son maître Bouchard a fait connaître, et dont lui-même s'est institué le vulgarisateur connaisseur. Il y a dans cette voie, érigée en système, un côté un peu théorique, mais il y a certainement aussi un fonds de vérité que les praticiens devront méditer, de manière à pouvoir déterminer à l'avenir, pour tel et tel cas particulier, quelles seront les indications précises en faveur de la méthode, et aussi quelles seront les contre-indications suffisantes pour en faire repousser l'emploi.

— La deuxième question soulevée par M. Nicaise est relative aux causes et à la pathogénie de la lésion connue sous le nom de dilatation des bronches. Jusqu'à présent, l'étiologie de cette lésion était peu connue, ou plutôt le nombre et la multiplicité des causes incriminées laissaient nécessairement subsister des doutes sur leur importance individuelle. D'après notre collègue, le point de départ univoque et constant de ces dilatations réside dans une altération préalable des canaux bronchiques (inflammation, ulcération, sclérose, etc.), altération qui a pour effet de diminuer la résistance de ces canaux à l'action des forces expiratrices et qui favorise par là leur développement excentrique au niveau des points affaiblis. La dilatation des bronches serait donc une lésion tout à fait comparable aux anévrysmes artériels, pour lesquels on admet sans discussion le même mécanisme. Toujours est-il que cette théorie nous a valu, de la part de l'auteur, des vues nouvelles et ingénieuses concernant les phénomènes physiques de la respiration. Il y aura, de ce chef, quelque chose à ajouter aux connaissances que nous possédions déjà, touchant un point de physiologie sur lequel on pouvait croire que la science avait depuis longtemps dit son dernier mot. Il est vrai, par contre, que l'on n'entrevoit guère le côté pratique et les applications thérapeutiques de ces nouvelles données. Ainsi que pour les anévrysmes, c'est la notion de la fatalité de la lésion qui s'impose ici, bien plus que celle de sa curabilité. En tous cas, il semble que la connaissance de cette affection singulière qui s'appelle la dilatation des bronches ait fait un pas de plus, et c'est à ce titre que les recherches de M. Nicaise méritent vraiment une mention spéciale.

MÉDECINE PRATIQUE

Hoquet.

Sous-nitrate de bismuth... 0,80 centigr.
Oxyde de zinc... } àà 4 grammes
Valérianate de zinc...
Columbo pulvérisé...
Poudre d'opium... 0,10 centigr.
Esprit d'anis (pour aromatiser).

En prendre une demi-cuillerée à café dans un verre à liqueur d'eau sucrée.

(Whelpley. *Med. and Surg. Reporter*, 24 juin 1893.)

Alcoolisme chronique.

Gérhard recommande la mixture suivante:

Teinture de capsicum... } àà 30 grammes
Teinture de gingembre...
Teinture de valériane ammoniacale. } àà 60 grammes
Teinture de gentiane composée...

En prendre une cuillerée à dessert dans une tasse d'infusion d'orge trois ou quatre fois par jour.

(*Med. and Surg. Reporter*, 27 mai 1893. *Philadelphie.*)

Laxatif.

Voici un laxatif efficace et peu dispendieux.

Sulfate de magnésie... 30 grammes
Bitartrate de potasse... 4 —
Sulfate de fer... 0,60 centigr.

A faire prendre dans 250 grammes d'eau. En prendre un verre à vin avant le premier repas.

(*College and Clinical Record*, in *Occidental Med. Times*, juin 1893.)

Constipation douloureuse dans le saturnisme.

Podophylle... } àà 0,15 centigr.
Extrait de noix vomique.
Extrait de belladone...

Pour 10 pilules. En prendre deux ou trois fois par jour.

(*The Practitioner Med. News*, 27 mai 1893.)

Crampes dans le choléra.

Hydrate de chloral... 12 grammes.
Sulfate de morphine... 0,06 centigr.
Sulfate d'atropine... 0,015 mm.
Eau chloroformée... } àà 15 grammes.
Eau distillée...

15 gouttes de cette mixture à prendre d'abord, puis à répéter dix minutes après; et ensuite aussi souvent qu'il sera nécessaire.

(Bartholow, *Med. Record.*)

Épistaxis (dans le cas d'anémie).

Sulfate de strychnine... 0,02 centigr.
Teinture de perchlorure de fer... 8 grammes.
Vin d'ergot... 15 —
Elixir simple... 45 —
Eau distillée... Q. S. pour 180 —

Prendre une cuillerée à bouche de cette mixture 3 fois par jour.

(Lombe Athill; *Med. and Surgic. Reporter*, 3 juin 1893.)

Fissures du sein.

Behren emploie la formule suivante:

Ichthyol... 4 grammes.
Lanoline... } àà 5 gr.
Glycérine...
Huile d'olive ou huile d'amandes douces... XV gouttes.

(*Therapeutic Gazette* in *Med. and Surgic. Reporter*, 3 juin 1893.)

Épistaxis (dans le cas de pléthore).

Teinture de racine d'aconit... VIII gouttes.
Liqueur d'acétate d'ammoniaque... 30 grammes.

Prendre une cuillerée à café de cette mixture toutes les demi-heures.

(Thomas: *Med. and Surgic. Reporter*, 3 juin 1893.)

Névralgie ovarienne.

Teinture de digitale... 4 grammes.
Teinture de gelsemium... 2 —
Bromure de potassium... 15 —
Eau... 180 —

Une cuillerée à bouche à prendre dans un peu d'eau toutes les trois heures.

(*Record of Med. and Surgic.*)

VARIÉTÉS

COQUILLES (1).

Nous nous moquons volontiers, nous médecins, des bourdes que laissent échapper les rédacteurs des journaux politiques quand ils font des incursions, et combien fréquentes! dans les domaines de la science.

Un grand journal de Paris annonçait dernièrement qu'une commission de la Chambre a pris une décision importante concernant *l'enterrement* des aliénés: enterrement pour internement est déjà joli; ce n'était pas assez: le reporter, pour montrer sa compétence en pareille matière, s'est encore empressé d'ajouter: « On sait qu'actuellement ces *inhumations* peuvent être autorisées par une simple décision de l'administration. »

Un journal rémois se félicitait que le choléra n'ait pas sévi à Reims, « grâce aux nombreuses vaccinations faites par le bureau d'hygiène »; une autre fois, il racontait l'histoire d'expériences *psychologiques* pratiquées sur des lapins, et, dans un bel élan lyrique, glorifiait la lithotritie qui pulvérise le calcul dans... l'intestin!

Mais les journaux politiques n'ont pas le privilège de ces fantaisies parfois réjouissantes.

Il en est de classiques en médecine, telle l'histoire de ce haricot égaré dans une vessie où l'avaient conduit sans doute « les voies mystérieuses de la circulation ».

Quant à la série des coquilles, elle s'allongera éternellement c'est-à-dire tant qu'il y aura des auteurs qui écriront mal et des typos qui n'auront pas leurs diplômes de docteurs en médecine.

J'en ai cueilli quelques-unes dans les journaux médicaux de ces derniers mois, au hasard de la lecture.

(1) *Union méd. du Nord-Est*, juin 1893.

Ce sont d'abord les noms propres rendus tout à fait méconnaissables :

Kerillon (Terrillon), Branche (Branlt), Leputé (Leonte), Bagy (Bazy), Nebra (Hebra), Uribierge (Thibierge), Chaunier, Boston médical (Chaumier, Poiton médical), Lamuseaux (Lanceranx).

Les erreurs de chiffres sont parfois réussies :

Avez-vous idée d'une valvule vésicale qui atteint 75 centimètres de hauteur? (*Annales des org. génito-urinaires*.)

Très gravement, le *Bulletin de la Société de chirurgie* raconte une opération de spina-bifida dans laquelle Ricard laissa autour des nerfs adhérents à la poche une petite collerette de 995 millimètres! Il est fâcheux que l'opérateur n'ait pas cru devoir ajouter 5 malheureux millimètres : son opérée, une jeune fille de 25 ans, aurait eu le plaisir rare de porter sur son sacrum une collerette de un mètre de hauteur.

Les citations tronquées ne se comptent pas. Exemple:

Ars in tatoa indicationibus (*Presse méd. belge*) :

Et celle-ci, extraite des *Annales de médecine* et destinée sans doute à orner le blason d'un pédicure :

Pes, non verba.

Il est des fautes faciles à corriger:

Ainsi le *Mercredi médical* nous apprend qu'un chirurgien allemand a fait une communication sur les « *cancers* qui favorisent la sclérose tuberculeuse » ;

D'après le *Répertoire mensuel d'obstétrique et de gynécologie* M. Gendron a pratiqué une incision sur les deux côtés du col sans ligature préalable des branches inférieures de *l'urine* ;

Le *Journal de méd. et de chir. pratiques* nous dit que la teinture d'iode produit « l'atrophie des goitres charnus ou *l'alcoolisme* des parois des goitres kystiques ».

La *Semaine médicale* nous parle du *rein* de la lèvre supérieure ;

Le *Bulletin médical du Nord*, d'un polype *moqueux* des fosses nasales ;

La *Revue générale de médecine*, d'une *incubation* rotatoire de la colonne vertébrale et d'un chancre induré du *reflet* ;

La *Gazette médicale de Liège* des *bronches* de la 5e paire ;

La *Gazette hebd. des sc. med. de Bordeaux*, du renflement *orvical* de la moelle; elle annonce aussi que la méthode sclérogène de Lannelongue est simple, très facile, et sans *innocuité* ;

M. Routier, d'après la *Revue gén. de clinique*, a fait le broiement d'un calcul *prélable* ; tandis que M. Reliquet a constaté, chez une femme, un calcul *emboutonné* dans l'orifice de l'urétère droit ;

M. Guelliot, dit la *Province médicale*, a pu examiner les résultats histologiques d'une suture secondaire du nerf radial, faite au moyen d'un gros *calcul* introduit dans un tube d'os décalcifié ;

La Gazette des hôpitaux de Toulouse parle du passage des *phéniqués* dans l'urèthre ;

M. Berger a opéré un kyste du cou développé dans la *vessie* jugulaire interne (*Tribune médicale*) ;

La *Revue gén. de clinique* annonce une étude expérimentale sur les *contributions* du thorax.

Voici des coquilles plus bizarres :

Le *Mercredi médical* décrit une variété d'ostéite qui atteint les tourneurs en *sucre*... à Ronen, probablement.

La *Semaine médical* pense que, dans les luxations récidivantes de l'épaule, la résection de la tête *fémorale* ne donne pas d'excellents résultats... Nous en sommes profondément convaincu.

M. Sirand, interne de M. Jaboulay, a présenté à la Société des sciences médicales de Lyon une jeune fille entrée à l'Hôtel-Dieu pour une *péricardite* suppurée. M. Jaboulay attira l'ovaire au dehors, le laissa à l'air sans un pansement : au bout d'un mois l'ovaire est rentré spontanément dans le ventre (*Lyon médicale*)... et la malade a guéri ; cette observation n'offre-t-elle pas un bel exemple des sympathies, ignorées jusqu'ici, qui unissent le péricarde et l'ovaire?

La *Gazette médicale* prend le Pirée pour un homme et parle d'un malade que la péritonite ramène à *M. Antoine*, service de M. Raymond.

L'Union médicale du Nord-Est n'a rien à envier à ses confrères de Paris et de province :

On y lit : Le sens propre et *littoral* du mot contage ;

Une autre fois, on a heureusement arrêté à temps, avant le bon à tirer, cette phrase phénoménale : « La jeune fille, vierge encore, a en outre des *sensations glorieuses* dénotant une endométrite. » L'auteur avait écrit : sécrétions glaireuses?

Mais nous n'hésitons pas à décerner la palme au *Bulletin médical du Nord*. M. Phocas, rendant compte d'un mémoire de M. Carlier, écrit : « Quoi qu'il en soit, le travail de M. Carlier est le plus complet sur la question. Il est écrit avec beaucoup de méthode et avec un réel sens *érotique*. »

Et il s'agit d'une étude sur le « Doigt à ressort? On est légèrement polisson à la Société médicale de Lille.

Il serait facile de multiplier ces exemples : ceux que nous avons donnés suffisent, je pense, pour justifier cette conclusion sérieuse d'un article qui ne l'est guère : Auteurs, écrivez lisiblement, ou du moins lisez et relisez attentivement vos épreuves.

L. V.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — Par arrêté en date du 28 juillet, MM. Chauffard et Ricard, agrégés près de la Faculté de médecine de Paris, sont chargés pour l'année scolaire 1893-1894, des cours ci-après désignés à ladite Faculté :

Pathologie et thérapeutique générales, M. Chauffard.

Pathologie chirurgicale, M. Ricard.

Facultés et Écoles des départements.

Faculté de médecine et de pharmacie de Lyon. — Par arrêté en date du 28 juillet, M. Curtillet, docteur en médecine, prosecteur à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon, est institué pour une période de deux ans, à partir du 19 novembre 1893, chef de clinique chirurgicale à ladite Faculté, en remplacement de M. Orcel, dont le temps d'exercice sera expiré à cette date.

Faculté de médecine de Nancy. — Par arrêté en date du 28 juillet, M. Vallois, docteur en médecine, est prorogé, jusqu'au 1er août 1894, dans les fonctions de chef de clinique à la Faculté de médecine de Nancy.

Faculté de médecine et de pharmacie de Toulouse. — Par arrêté en date du 27 juillet, M. Batut, docteur en médecine, chef de clinique ophtalmologique à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Toulouse, est institué pour un an, à dater du 1er novembre 1893, chef de clinique des maladies cutanées et syphilitiques à ladite Faculté (emploi nouveau).

École de médecine et de pharmacie de Besançon. — Par arrêté en date du 24 juillet, M. Bolot, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie

de Besançon, est chargé en outre, pour l'année scolaire 1893-1894, d'un cours de physiologie à ladite École.

École de médecine et de pharmacie d'Alger. — Par arrêté en date du 28 juillet, M. Aguilard, préparateur de physique et chimie à l'École de plein exercice de médecine et de pharmacie d'Alger, est maintenu dans ses fonctions, pour un an, à partir du 1er novembre 1893.

Chemin de fer d'Orléans. — *Excursions en Auvergne et dans le Limousin permettant de visiter le Mont-Dore, La Bourboule, Royat, Clermont-Ferrand, Néris et Évaux-les-Bains,* avec arrêt facultatif à toutes les gares du parcours.

La compagnie d'Orléans délivre du 1er juin au 30 septembre au départ de Paris, des billets d'excursion en Auvergne et dans le Limousin, valables pendant trente jours, aux prix réduits ci-après : 1re classe : 98 francs. — 2e classe : 73 francs.

Itinéraire : Paris, Vierzon, Bourges Montluçon, Chamblet-Néris, (bains de Néris), Evaux (bains d'Evaux), Eygurande, Laqueuille (bains du Mont-Dore et de la Bourboule), Royat (bains de Royat), Clermont-Ferrand, Largnac, Ussel, Limoges (par Tulle, Brive et Saint-Yrieix, ou par Eymoutiers), Vierzon, Paris.

La durée de la validité de ces billets (30 jours) peut être prolongée d'une, deux ou trois périodes successives de 10 jours, moyennant le paiement, pour chaque période, d'un supplément égal à 10 p. 100 du prix du billet.

Il est délivré à toute station du réseau d'Orléans, pour une autre station du réseau située sur l'itinéraire des billets de voyages circulaires ci-dessus, ou inversement, des billets d'aller et retour de 1re et 2e classes, aux prix réduits du tarif G. V. n° 2.

Ces billets sont délivrés, soit au commencement du voyage pour aller rejoindre l'itinéraire du billet d'excursion dont ils forment le complément, et dont la demande doit être faite en même temps, soit au cours du voyage pour atteindre des points du réseau situés en dehors de l'itinéraire du billet d'excursion.

On délivre des billets à toutes les gares du réseau d'Orléans, pourvu que la demande en soit faite au moins trois jours à l'avance.

Avis essentiel. — Les prix ci-dessus ne comprennent pas le parcours de terre dans les services de correspondance avec le chemin de fer.

Les voyageurs obtiennent, sur leur demande, soit à la gare de départ, soit au bureau du correspondant de la Compagnie, à Laqueuille, des billets d'aller et retour réduits de 25 p. 100 pour le Mont-Dore et la Bourboule.

Chemin de fer d'Orléans. — *Excursions en Touraine, aux châteaux des bords de la Loire et aux stations balnéaires de la ligne de Saint-Nazaire au Croisic et à Guérande.*

1er itinéraire : 1re classe, 86 francs ; 2e classe, 63 francs. Durée : 30 jours. Paris, Orléans, Blois, Amboise, Tours, Chenonceaux, et retour à Tours, Langeais, Saumur, Angers, Nantes, Saint-Nazaire, Le Croisic, Guérande, et retour à Paris, via Blois ou Vendôme, ou par Angers, via Chartres, sans arrêt sur le réseau de l'Ouest.

Nota. — Le trajet entre Nantes et Saint-Nazaire peut être effectué sans supplément de prix, soit à l'aller, soit au retour, dans les bateaux de la Compagnie de la Basse-Loire.

La durée de validité de ces billets peut être prolongée une, deux ou trois fois de 10 jours, moyennant paiement, pour chaque période, d'un supplément de 10 p. 100 du prix du billet.

2e itinéraire : 1re classe, 54 francs ; 2e classe, 41 francs. Durée 15 jours : Paris, Orléans, Blois, Amboise, Tours, Chenonceaux, et retour à Tours, Loches, et retour à Tours, Langeais, et retour à Paris, via Blois ou Vendôme.

En outre, il est délivré à toutes les gares du réseau d'Orléans, des billets aller et retour comportant les réductions prévues au tarif spécial G. V. n° 2 pour des points situés sur l'itinéraire à parcourir, et *vice versa*.

Ces billets sont délivrés toute l'année, à Paris, à la gare d'Orléans (quai d'Austerlitz) et aux bureaux succursales de la Compagnie et à toutes les gares et stations du réseau d'Orléans pourvu que la demande en soit faite au moins trois jours à l'avance.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Société d'éditions scientifiques, 4, rue Antoine-Dubois, Paris.

La voix, le chant et la parole, guide pratique de l'orateur et du chanteur, par MM. Lennox Browne et Emil Behnke, traduit sur la 14e édition anglaise, par le Dr Paul Garnault. Un vol. de 250 pages, illustré de nombreuses figures. — Prix cartonné, 8 francs. Paris, 1893.

G. Steinheil, éditeur, 2, rue Casimir Delavigne, Paris.

Hypertrohie et dilatation du cœur dans l'adolescence ou ectasie cardiaque de croissance, par le Dr R. Bache, ancien interne des hôpitaux de Paris. (Extrait de la *Revue mensuelle des maladies de l'enfance.*) — Une brochure in-8 de 16 pages. — Prix : 1 fr.

E. Plon, Nourrit et Cie, éditeurs, 10, rue Garancière.

La vie privée d'autrefois. — Arts et métiers, modes, mœurs, usages des Parisiens du XIIe au XVIIIe siècle d'après des documents originaux ou inédits, par Alfred Franklin — *Les médecins.* — Un volume in-12 de 307 pages avec figures et planches hors texte. — Prix : 3 fr. 50.

La vie privée d'autrefois. — Arts et métiers, modes, mœurs, usages des Parisiens du XIIe au XVIIIe siècle d'après les documents originaux ou inédits par Alfred Franklin. — *Les chirurgiens.* — Un volume in-12 de 301 pages avec figures et planches hors texte. — Prix : 3 fr. 50.

Société d'éditions scientifiques, 4, rue Antoine-Dubois, Paris.

Guide militaire des étudiants, des médecins et pharmaciens de réserve de l'armée territoriale, par les Drs Petit et Collin. Paris, 1893.

Les teignes, leur traitement, par le Dr Butte. Paris, 1893.

La vue, son hygiène, ses maladies, par le Dr R. Jocqs, médecin oculiste de l'hôpital international de Paris.

La stérilité chez la femme et son traitement médico-chirurgical, par A. Lutaud, médecin adjoint de Saint Lazare.

De l'hystérectomie vaginale dans les suppurations péri-utérines, par le Dr Jules Lafourcade, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Du manuel opératoire de l'hystérectomie vaginale, par le Dr M. Malapert, ancien interne des hôpitaux.

Bulletin hebdomadaire de Statistique municipale.

DÉCÈS NOTIFIÉS DU 23 AU 29 JUILLET 1893

Fièvre typh., 20. — Typhus, 0. — Variole, 6. — Rougeole, 15. — Scarlatine, 4. — Coqueluche, 8. — Diphtérie, croup, 17. — Grippe, 0. — Affections cholériformes, 0. — Phtisie pulmonaire, 186. — Méningite tuberculeuse, 13. — Autres tuberculoses, 8. — Tumeurs cancéreuses et autres, 58. — Méningite, 43. — Congestion et hémorrhagie cérébrale, 34. — Paralysie, 5. — Ramollissement cérébral, 5. — Maladies organiques du cœur, 56. — Bronchite aiguë et chronique, 25. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 40. — Autres affections de l'appareil respiratoire, 18. — Gastro-entérite des enfants : sein, biberon et autres, 123. — Fièvre et péritonite puerpérales, 4. — Autres affections puerpérales, 2. — Débilité congénitale, 23. — Sénilité, 19. — Suicides, 21. — Autres morts violentes, 12. — Autres causes de mort, 136. — Causes inconnues, 5. — Total : 876.

Le Rédacteur en chef et Gérant : F. de Ranse.

Paris. — Typ. A. Davy, 52, rue Madame. — *Téléphone.*

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Rédacteur en chef : M. le Dr F. DE RANSE

Comité de Rédaction : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN
J. ARNOULD (de Lille), P. FABRE (de Commentry), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon)

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, avenue Montaigne (Rond-Point des Champs-Élysées)

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

SUR LE TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE DU TÉTANOS,

Par M. Verneuil.

Suite et fin (1).

Lorsque le tétanos part d'une ulcération aiguë ou chronique, d'une brûlure, d'une congélation, d'une gangrène, il y a presque certitude qu'il s'est agi là d'une inoculation secondaire.

Enfin il faut avouer en toute humilité que les praticiens eux-mêmes sont souvent les auteurs inconscients de ce mode de contagion. J'en ai cité plusieurs exemples à cette tribune même en 1888, à propos de la transmission interhumaine et, en 1891 (dans la *Gazette hebdomadaire : De l'homme tétanifère*) j'écrivais ces lignes : « J'admets qu'une personne quelconque, mais surtout un médecin dont les mains ont été en contact avec un cheval non tétanique mais simplement tétanifère, peut infecter la blessure de son semblable. »

Mon collège à la Société de chirurgie, le Dr Larger, qui combat mon hypothèse de provenance équine, mais à qui je resterai toujours reconnaissant de me l'avoir inspirée, me fournit la note suivante encore inédite :

Obs. XVIII. — *Ablation d'un polype utérin ; injections vaginales par le médecin en contact habituel avec son cheval. — Tétanos. — Mort.*

Mme B..., 54 ans, bien portante, robuste, femme de propriétaire habitant une maison saine au bord de l'eau, n'ayant aucun rapport avec les bestiaux, est opérée en mai 1891 d'un polype utérin du volume d'une grosse mandarine. Après une semaine de lit et plusieurs jours d'une antisepsie rigoureuse, l'opération très simple est faite par le vagin par M. Larger, sans aide.

Antisepsie pendant et immédiatement après, mais regardée comme superflue dans la suite à moins de nécessité évidente. Malgré ces conventions précises, le Dr X..., médecin ordinaire de la patiente, mort depuis, pratique dès le lendemain des injections qu'il renouvelle plusieurs fois.

Environ vingt jours après, Mme B..., guérie, et à laquelle on allait permettre de se lever, est prise dans son lit de tétanos qui l'enlève en trente-six heures.

Nota. Outre que le Dr X... conduisait lui-même sa voiture, il était fort peu soigné et négligeant — jusqu'aux ongles inclusivement.

Si un médecin qui panse, attelle et conduit son cheval — cas très fréquent à la campagne — peut être l'agent invo-

(1) Voir la *Gazette médicale*, n° 32, 1893.

FEUILLETON

RAPPORTS AU PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

(Suite) (1).

II. — Durée de la scolarité. Durée des études.

Les Facultés de médecine, en demandant une année préparatoire aux études médicales, n'ignorent pas qu'au point de vue de la scolarité, elles paraissent augmenter d'une année la durée des études telles qu'elle existe dans le régime actuel. Mais elles font remarquer :

1° Que si la durée de la scolarité semble prolongée d'une année, il n'en est pas de même de la durée réelle des études médicales.

Voici, en effet, ce que nous apprend le dépouillement des dossiers des 663 docteurs reçus à Paris en 1888 et 1889.

(1) Voir la *Gazette médicale*, n° 32, 1893.

Durée des études médicales des docteurs français reçus en 1887-1888 et 1888-1889 à la Faculté de Paris :

De 4 à 5 ans	61
De 5 à 6 —	113
De 6 à 7 —	142
De 7 à 8 —	91
De 8 à 9 —	61
De 9 à 10 —	43
De 10 à 11 —	51
Plus de 11 —	98
Total	663

Il résulte de ce relevé que, sur ces 663 docteurs, plus de la moitié ont mis plus de sept ans à faire leurs études : les uns, parce que, laborieux entre tous, ils ont préparé les concours de l'internat et ont ainsi volontairement et très utilement prolongé leurs études ; les autres parce que, sans préparer les concours, ils ont utilisé les laboratoires mis à leur disposition,

lontaire de transmission consécutive, même chose à coup sûr peut arriver à un vétérinaire — soit dit sans vouloir être désobligeant pour des confrères auxquels je n'ai jamais ménagé les témoignages de mon estime et de mes sympathies.

L'interprétation du fait suivant deviendrait alors très facile.

Obs. XIX. — *Blessure profonde du poignet; section d'une artère; ligature des deux bouts par un vétérinaire. — Tétanos. Mort.*

Un pharmacien est blessé profondément au poignet par les fracas d'une bouteille qui se brise entre ses mains. Ouverture d'un vaisseau, forte hémorragie. Le médecin étant absent, un coiffeur applique un pansement compressif qui modère l'écoulement sanguin.

Sur ces entrefaites, le vétérinaire du pays offre ses services, qui sont acceptés; il va à la recherche de l'artère, lie les deux bouts et panse la plaie. Tout va bien pendant quelques jours lorsque survient le trismus que le médecin reconnaît sans peine.

Le blessé succombe quatre ou cinq jours après.

Il est difficile de voir ici d'autre agent d'infection de la plaie que les mains ou les instruments du vétérinaire (Dr Beugnies, de Givet) (1).

(1) Je recommande la lecture de cette observation à deux professeurs allemands, MM. Franz Friedberger et Eugen Frohner, l'un vétérinaire et l'autre docteur-médecin, qui, dans leur *Traité de pathologie spéciale et de thérapeutique des animaux domestiques*, 2e édit., 2e vol., 1889, p. 127, jugent sans s'être donné, bien entendu, la peine de lire, mes travaux, mes opinions en ces termes :

« L'hypothèse avancée par Verneuil, d'après laquelle le tétanos dans l'homme sain serait toujours transmis par le cheval (origine équine du tétanos humain), est une vue tout à fait insoutenable qui a été dûment réfutée par Roux.

« Il reste seulement incompréhensible que quelques médecins allemands isolés rendent hommage à cette hypothèse. Ainsi, pour citer un *exemple amusant* (sic), Kotschau regarde comme non impossible que, dans un cas d'explosion de tétanos après la castration d'une femme, l'infection soit survenue parce qu'un vétérinaire était spectateur de l'opération. »

Or, la triste fin du pharmacien des Ardennes fera peut-être trouver à MM. Friedberger et Frohner *un peu moins amusant* le fait assez analogue et aussi triste, cité par Kotschau.

J'ai insisté sur ces faits d'inoculation secondaire afin que partout où il y aura chances d'infection d'une plaie pure récente ou ancienne, par agent tétanifère, on soupçonne toujours la métamorphose pour la prévenir si l'on peut, sinon la combattre le plus hâtivement possible.

J'ai l'espoir que vous ne me reprocherez pas cette longue digression sur les plaies suspectes en raison des lumières qu'elle peut fournir à la pratique, surtout lorsque je vous aurai montré le parti que j'en ai personnellement tiré. A l'époque où je traitais banalement les blessures infectées à mon insu, je voyais de temps à autre surgir le tétanos. C'est ainsi qu'en 1872, deux fois dans le même mois, le 12 et le 25 janvier, ayant à traiter deux plaies évidemment suspectes : écrasement du pied par roue de voiture et écrasement de la main dans un engrenage, je commis la faute d'appliquer immédiatement et sans la moindre désinfection préalable de la plaie l'appareil ouaté. Or le tétanos éclatait le huitième jour chez le premier blessé et le septième chez le second. En 1876, même erreur : une plaie, contuse grave de la main gauche prise dans un engrenage, est immédiatement recouverte d'un appareil ouaté. Les accidents primitifs cessent bientôt et le blessé, trois jours après, se lève et se promène le bras en écharpe; mais le tétanos se montre au dixième jour et enlève le malade en quarante-six heures.

Sur ces entrefaites, je modifiai ma pratique de deux façons : d'abord en employant très largement, pour les plaies par écrasement et arrachement des extrémités compliquées si souvent de sphacèle, les pulvérisations et les bains antiseptiques prolongés (un homme de cinquante ans atteint de fracture de l'avant-bras compliquée d'une large plaie resta dans le bain *vingt-huit jours sans interruption* et garda à la fois sa vie et un membre fort utile), puis, quand je jugeai à propos d'appliquer le pansement ouaté (auquel je n'ai jamais renoncé), j'eus soin de soumettre au préalable la plaie pendant *plusieurs heures au moins* soit au bain susdit, soit à la pulvérisation phéniquée.

Une telle pratique devait donner les résultats quant aux accidents septicémiques, mais ce ne fut qu'au bout d'un certain temps que je m'aperçus aussi de la quasi-disparition du tétanos. Mais n'ayant point encore à cette époque, et du

---

fréquenté les cliniques spéciales; d'autres enfin, parce que leur scolarité a été interrompue par la maladie, par des échecs, etc. Pour les meilleurs élèves, la durée des études varie de six à huit ans, et souvent même, pour les internes, elle atteint dix années.

On a bien souvent modifié le régime des études médicales, leur durée a peu varié. En 1845, Orfila donnait des chiffres analogues à la Commission des études médicales; les relevés que j'ai faits pour les années 1855, 1865, 1875 sont presque identiques;

2° Les Facultés ont fait remarquer que cette augmentation de la durée de la scolarité n'est qu'apparente. Dans le régime actuel, après le baccalauréat ès lettres classique, les aspirants au doctorat doivent prendre le baccalauréat ès sciences restreint pour la partie mathématique.

La moitié des jeunes gens conquiert ce diplôme dans la même session que le baccalauréat ès lettres. L'autre moitié ne l'obtient qu'au bout de six mois, d'un an, parfois même de deux ans. Pour cette seconde moitié, l'année passée à faire les études préparatoires n'augmente en rien la durée des études. D'autre part, le projet abrège notablement la durée totale des études médicales. Dans le régime actuel, le troisième examen de doctorat (pathologie interne et externe) ne peut être subi que lorsque la scolarité est terminée, c'est-à-dire trois mois après la prise de la seizième inscription; d'après le projet, l'élève pourra passer ce même examen après la treizième inscription, c'est-à-dire neuf mois plus tôt que dans l'ancien régime.

En résumant cette discussion, on peut dire que, pour la moitié des élèves, ceux qui obtenaient dans la même session le baccalauréat ès lettres et le baccalauréat ès sciences restreint la durée de la scolarité sera augmentée de trois mois; que pour l'autre moitié, ceux qui n'obtenaient le baccalauréat ès sciences qu'au bout de six mois ou un an, elle sera diminuée de neuf mois.

reste n'ayant pas cherché l'explication de cette diminution, j'en profitai sans m'en rendre bien compte : à ce point qu'en octobre 1884 dans une clinique intitulée : *Règles générales à suivre dans le traitement du tétanos*, je ne fais aucune allusion ni à son traitement préventif ni au traitement local des plaies tétanifères. Puis encore, en 1885, recevant dans mes salles un homme atteint d'écrasement du pied, avec sphacèle déjà confirmé des troisième, quatrième et cinquième orteils, j'eus l'imprudence d'appliquer le pansement ouaté après une simple séance de pulvérisation phéniquée, ce qui n'empêcha pas l'apparition, au quatorzième jour, d'un tétanos qui céda heureusement à l'administration, en six semaines, de 450 grammes de chloral et de 114 centigrammes de morphine.

Telle est, Messieurs, la confession de mes erreurs et de mes indécisions. Mais en cette année 1886 et dans les suivantes, la nature infectieuse du tétanos est définitivement démontrée, la provenance tellurique est mise hors de doute ; j'y ajoute la provenance équine ou animale, si vous voulez, n'ayant jamais été aussi exclusif que le disent ceux qui ne se sont jamais donné la peine de lire attentivement mes travaux concurremment j'accumule les documents cliniques sur la transmission interhumaine. Dès lors, je suis en mesure de dresser la liste à peu près complète des plaies suspectes et de leur appliquer, quand je suis appelé à temps, une prophylaxie raisonnée.

Or, qu'en est-il advenu? Depuis 1886, j'ai continué à recevoir, comme auparavant, à la Pitié et à l'Hôtel-Dieu, des plaies contuses, des écrasements, des arrachements, et, comme blessés, des charretiers, cochers, cultivateurs, jardiniers, et j'ai eu l'insigne chance, tout en recevant du dehors quelques tétaniques, de ne voir aucun de mes malades le devenir dans mes salles. J'ai été également assez heureux pour n'avoir jamais observé le tétanos opératoire dans ma clientèle, ni dans mes salles d'hôpital (1).

Il n'est pas inutile de dire que j'ai repris plus d'une fois, et sans avoir à m'en repentir, le pansement ouaté, mais alors seulement que tout plaidait en faveur de la pureté de la plaie.

Si je cite cette heureuse transformation de ma pratique, c'est, croyez-le bien, pour en rapporter tout l'honneur aux doctrines modernes, pour lutter contre le fatalisme concevable et pardonnable jadis, mais qui serait coupable aujourd'hui, et enfin pour exciter l'ardeur et surtout la vigilance des praticiens.

Veuillez encore noter que jusqu'à ce jour — ayant mis de côté, bien entendu, tous les topiques et pansement nuisibles, — je n'ai utilisé que les moyens préventifs les plus simples et les plus bénins et n'ai jamais eu recours aux moyens opératoires proprement dits, à l'amputation primitive entre autres, que dans des cas où l'intervention n'était nullement dictée par la crainte du tétanos, de façon qu'au cas où, plus timoré qu'il ne le faudrait, je tiendrais pour suspectes et traiterais en conséquence des plaies pures, je m'exposerais sans doute à soumettre inutilement mes blessés à des actions thérapeutiques fastidieuses, sinon même capables de retarder parfois la guérison mais qui, par compensation, ne leur feraient courir aucun danger et ménageraient scrupuleusement leurs organes.

A l'appui de ces assertions, je citerai une observation où j'ai mis ces préceptes en pratique dans un cas incontestablement fort menaçant et où tout s'est passé pourtant avec la plus exemplaire bénignité.

OBS. XX. — *Plaie contuse de la main par morsure de cheval chez un charretier. — Traitement local institué immédiatement. — Guérison sans aucun accident.*

J'ai reçu à la Pitié, eu 1887, un charretier robuste et bien portant que son cheval, furieux, avait fortement mordu à la main gauche. La région métacarpienne, prise entre les deux mâchoires de l'animal, présentait sur les deux faces palmaire et dorsale plusieurs plaies contuses plus ou moins profondes dont l'écartement des bords laissait voir des tendons à nu ainsi que deux métacarpiens dont l'un était fracturé. L'accident avait eu lieu vers 6 heures du matin ; un pansement très sommaire à l'eau phéniquée avait été fait aussitôt, puis le blessé s'était rendu à pied à l'hôpital, où je le vis à 10 heures, quatre heures après la blessure.

L'hémorragie avait été presque nulle; les douleurs peu vives

(1) Au reste, dans toute ma vie, je n'ai vu que deux de mes opérés atteints de tétanos opératoire : L'un a succombé, après une castration; l'autre, après énucléation du globe de l'œil, a guéri. Ces deux cas remontent à près de trente ans.

III. — RÉPARTITION DES ÉTUDES ET DES EXAMENS.

L'étudiant, en entrant à la Faculté de médecine, abordera immédiatement les études anatomiques et les études cliniques. Pour pouvoir subir un examen de pathologie chirurgicale et médicale dès la treizième inscription, il faut que, pendant les trois premières années, il soit astreint à un stage hospitalier.

Pendant les deux premières années, il disséquera au cours du semestre d'hiver; pendant le semestre d'été, il fréquentera les laboratoires d'histologie, de physiologie, de physique, de chimie, d'histoire naturelle médicales. Quant à ces dernières sciences, elles seront réparties de telle façon qu'elles suivront l'étudiant pendant toute la durée de ses études, en adaptant le moment de la démonstration propre à ces diverses sciences aux diverses périodes de l'éducation de l'étudiant. Ainsi l'optique et l'acoustique seront rapprochées de la physiologie et l'élève sera interrogé sur ces matières au deuxième examen ; l'électricité médicale, si mal connue des médecins, précisément parce qu'elle n'est pas apprise aux élèves au moment où ils peuvent en étudier les applications aux affections nerveuses, fera partie du quatrième examen (thérapeutique). La chimie des humeurs, de la nutrition, fait médicalement partie du programme de la physiologie ; leurs altérations, de celui de la pathologie générale ou spéciale : elles seront enseignées pendant la durée des études de troisième année. Les applications de la chimie à la thérapeutique, à la matière médicale, à l'hygiène, à la médecine légale se retrouveront au quatrième examen. La zoologie, la botanique, surtout par le rôle que jouent actuellement en pathologie et en hygiène les parasites animaux et végétaux, seront étudiées pour le troisième et le quatrième examen.

Les laboratoires pratiques affectés actuellement à ces chaires serviront aux élèves, de manières à les familiariser avec les objets immédiats de leurs études.

Si quelques personnes ont pu craindre que l'enseignement des sciences ne fût abandonné elles ont mal compris le projet.

se bornaient plutôt à un engourdissement de tout le membre. La main lavée avant la blessure était assez propre et souillée seulement par le sang. La plaie ne renfermait aucun corps étranger et on ne voyait pas d'esquilles libres au niveau de la fracture. En conséquence, je m'abstins de toute exploration et même de tout attouchement.

Très occupé à cette époque à établir et à démontrer ma théorie de la provenance équine du tétanos, et sachant déjà les morsures de cheval particulièrement dangereuses, je me mis en devoir de prévenir, s'il était possible, la redoutable complication.

Le chloral m'inspirant plus de confiance que les autres médicaments, je fis préparer avec une solution à 2 p. 100 un bain tiède dans lequel la main et tout l'avant-bras étaient plongés et posés commodément. Assis dans son lit ou sur un fauteuil, le blessé fit chaque jour quatre séances d'immersion de deux heures chacune, qui firent cesser toute douleur et furent très bien supportées. Notre homme d'ailleurs se savait en danger, et se prêta de son mieux au mode de traitement. Dans l'intervalle du bain, la main, enveloppée dans des compresses très molles de tarlatane imbibée de la même solution chloralée, reposait sur un coussin légèrement élevé.

Il ne survint aucun accident local. A peine sur le bord des plaies se forma-t-il de très étroites et très minces eschares. Les bourgeons charnus se développèrent presque sans trace de suppuration. Il n'y eut jamais la moindre odeur.

Apyrexie absolue; appétit, sommeil, état général excellents. L'action antiseptique du chloral se montra aussi complète que possible. Par précaution, je fis administrer à l'intérieur et chaque jour 2 grammes de chloral dans du lait.

Ce traitement fut suivi dans toute sa rigueur pendant huit jours, puis le terme ordinaire de l'incubation étant dépassé et la cicatrisation étant très avancée, on se contenta d'un bain d'une demi-heure le matin et le soir et de l'enveloppement humide.

La guérison s'acheva sans encombre et relativement assez vite (1).

(1) Je regrette que le temps ne me permette pas de rappeler ici une très belle observation, recueillie à Mostaganem, par un de mes élèves, le Dr Geschwind, médecin-major de 1re classe. Un malheureux Arabe ayant été cruellement mordu par son cheval furieux, fut soumis dès le lendemain à un traitement local très sérieux et à l'usage du chloral à hautes doses, le tétanos survint le quatrième jour, mais guérit sans trop de peine. *Revue de chirurgie*, 1888, p. 664.

Après avoir rapporté ce fait un peu prolixement peut-être pour décrire l'emploi d'un des procédés préventifs les plus recommandables à mon avis, j'exposerai aussi succinctement que possible, le plan général du traitement topique des plaies suspectes d'être tétanifères.

1° Proscription de la réunion immédiate, sauf en certains cas biens rares, de blessures pénétrantes, et après essai de stérilisation des surfaces par quelque agent microbicide appliqué pendant quelques heures (iodoforme, solution phéniquée à 3 p. 100 ou chloralée à 2 p. 100).

2° Emploi également très exceptionnel de la réunion immédiate secondaire après tentative prolongée de stérilisation, surtout au cas où les recherches bactériologiques locales négatives feraient espérer le retour du foyer à l'état de pureté.

3° Bien plus utilement dans les plaies anfractueuses, user des débridements immédiats suffisants pour rendre les parois du foyer béantes et accessibles à l'action des topiques; employer pour cela le chloroforme et le thermocautère de préférence à l'instrument tranchant.

4° Exercer sur ce foyer les manœuvres aussi courtes, aussi simples, aussi précoces surtout que possible, avant la fièvre traumatique qui se développe, comme on le sait, très vite et très intense en cas de grandes plaies contuses. Eviter si l'on peut, comme je l'ai dit autrefois *de blesser les blessures* infectées anciennes, le tétanos ayant maintes fois surgi alors qu'on s'y attendait le moins et après l'expiration des délais ordinaires de l'incubation, par suite d'un acte chirurgical très minime, ouverture d'abcès, extraction d'une esquille, d'un fil à ligature, d'un corps étranger (1).

5° Extraire sans doute le plus souvent ces corps étrangers, mais à la condition de ne pas y employer de violences capables d'augmenter l'étendue et les sinuosités du foyer; les laisser plutôt en cherchant à les stériliser sur place,

(1) Voir dans mes *Mémoires de chirurgie*, t. V, p. 250, les remarquables observations de M. le Dr Blain qui, l'un des premiers, a parlé du traitement préventif en d'excellents termes.

Ce n'est pas alors que les savants français ont fait faire, par les découvertes chimiques et bactériologiques, un si grand progrès aux sciences médicales, qu'il serait venu à la pensée de l'un de nous de diminuer leur place dans les études médicales. Mais nous avons pensé que parler des applications médicales des sciences à ceux qui ignorent les éléments de la médecine était une erreur de méthode; que leur parler de ces applications au moment même où ils étudient la physiologie, la pathologie, la thérapeutique, était fécond pour l'enseignement et j'ajouterai indispensable. On diagnostique les maladies, aujourd'hui, bien souvent par les recherches de laboratoire, soit par les procédés chimiques, soit par les examens bactériologiques. C'est ainsi maintenant que l'on décèle et que l'on confirme le diagnostic de la phtisie, que l'on détermine la nature d'une épidémie qui vient d'éclater.

L'étude des applications des sciences physiques, chimiques et naturelles suivra donc l'étudiant pendant tout le cours de sa carrière. En procédant ainsi, nous avons l'intime conviction que nous restituons aux études scientifiques leur véritable rôle dans l'éducation médicale.

IV. — Écoles de médecine de plein exercice et écoles préparatoires réorganisées.

La loi du 30 novembre 1892 dit dans son article 1er : « Les inscriptions précédant les deux premiers examens probatoires pourront être prises et les deux premiers examens subis dans une école préparatoire réorganisée. »

Le projet qui vous est soumis aurait pu s'en tenir à la lettre de ces dispositions. Mais l'Administration, la section permanente et votre Commission ont pensé qu'il y avait mieux à faire qu'à se tenir ainsi dans les termes stricts du texte législatif; elles ont pensé qu'il y avait lieu de demander aux Ecoles préparatoires des services plus grands; elles estiment que leur passé permet d'espérer qu'elles sont appelées à aider plus efficacement les Facultés de médecine dans l'organisation générale de l'enseignement médical.

et, que la plaie soit récente ou ancienne, ne procéder à toutes ces manœuvres, quelles qu'elles soient, que sous le spray ou après la balnéation très prolongée.

6° En cas d'attrition extrême rendant inévitable la gangrène partielle de la main, du pied, ne pas trop chercher à suivre les anciens errements en régularisant les plaies, et ne retrancher que le nécessaire pour que les contacts avec les agents microbicides soient réalisables.

7° En cas de gangrène confirmée partielle, constatée après l'échec de la réunion ou dans les jours qui suivent la blessure, mais toujours pendant l'incubation, se montrer également très sobre d'excision des eschares, les sectionner plutôt dans le mort que dans le vif avec le thermo cautère manié très lentement, et répéter plutôt les séances que de sacrifier trop et d'accroître brusquement le traumatisme.

8° Le foyer étant ainsi préparé, on procédera à sa purification ou stérilisation par divers moyens : en tête, le bain permanent ou très prolongé, tel que je l'ai décrit plus haut, avec pansement antiseptique ouvert dans les anthrax s'il y a lieu. La pulvérisation en d'autres régions, mais à la condition expresse d'avoir un pulvérisateur assez puissant les échecs de cette excellente méthode en d'autres circonstances : anthrax, gangrènes, phlegmons, etc., dépendant très souvent de la manière insuffisante et imparfaite dont elle est employée) — l'injection très souvent répétée dans le foyer d'un liquide actif ; — s'il s'agit de plaies planes, l'application réitérée de compresses fines imbibées de ce liquide et se moulant bien sur les surfaces.

9° Les liquides les plus usités seront les solutions médiocrement concentrées de chloral, d'acide phénique, de sublimé (celui-ci plus difficile à manier plutôt chaudes, jamais froides ; c'est pour cette dernière raison que je n'emploierais pas les pulvérisations d'éther, malgré leur grande force de pénétration et leur pouvoir microbicide très accentué.

En revanche, je verserais volontiers l'éther et l'huile iodoformés à petites doses souvent répétées, dans certains foyers profonds. Je rejette l'alcool et les substances irritantes qui, d'après certaines observations, m'ont paru hâter l'apparition du tétanos et lui imprimer une gravité particulière.

10° En cas de contusions étendues ou profondes, de fractures compliquées avec plaie minime ne permettant guère l'abord des liquides microbicides dans le foyer sous-cutané et si le siège de la lésion interdisait les larges débridements, je ne serais pas éloigné de pratiquer dans la région contuse et à sa circonférence des injections hypodermiques plus ou moins profondément et à des intervalles assez rapprochés, pratique qui donne d'excellents résultats, comme on le sait, dans la pustule maligne, et cela sans préjudice des injections à distance préconisées par le professeur Bacelli.

11° En cas d'inflammation du foyer, de phlegmon, de lymphangite, j'utiliserais encore, outre les pulvérisations ou les bains, les pointes de feu en séries ou en quinconce faites au thermocautère et pénétrant franchement dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Ayant déjà parlé de la cautérisation de la plaie comme moyen épurateur et curatif dans le tétanos déclaré, j'en dirai deux mots comme procédé du traitement local préventif. Or non seulement je n'ai pas d'expériences personnelles mais *a priori* je n'attache pas grande valeur au susdit procédé. J'ai cité, en effet, deux cas curieux d'association tétano-charbonneuse dans lesquels la destruction de la pustule maligne heureusement effectuée par la caustique n'empêcha point le tétanos de se montrer à son échéance et d'enlever le patient. J'ai lu quelque part d'autres faits où la cautérisation actuelle n'avait pas prévenu davantage l'apparition du trismus.

Toutefois je crois devoir faire une réserve et reconnaître à la cautérisation préventive une indication spéciale. A plusieurs reprises j'ai signalé le danger extrême de ces plaies quasi microscopiques : écorchures, égratignures, piqûres par épines, échardes de bois, aiguilles, etc., qu'on méconnait, qu'on dédaigne et auxquelles on n'oppose enfin aucun moyen local. Or, pour ces cas, certains caustiques appliqués en surface ou l'ignipuncture au rouge sombre assez longtemps prolongée pour surchauffer la région blessée, pourraient évidemment rendre service sans présenter le moindre inconvénient. Je me demande également si, dans

---

Si l'on avait conservé l'ancien plan d'études, en transportant la préparation des sciences physiques et naturelles en dehors des Facultés et Ecoles de médecine, les Ecoles secondaires conserveraient leurs études deux ans et les Ecoles de plein exercice trois ans.

En même temps disparaissaient les chaires d'enseignements médicaux qui n'avait plus d'objet dans ces écoles après la suppression de l'officiat de santé.

Nous avons pensé qu'il y avait lieu de laisser les étudiants en médecine trois ans sous la direction des professeurs des Ecoles secondaires réorganisées et quatre ans dans les Ecoles de plein exercice.

Si on veut bien tenir compte du rôle dévolu aux professeurs des sciences physiques et naturelles dans l'enseignement de la physiologie et de la pathologie, on verra que ces Ecoles conservent tout leur personnel et leurs élèves pendant le même laps de temps et que leurs laboratoires seront utilisés au plus grand profit de leurs élèves. Elles ne perdent rien ; elles gagnent l'enseignement de la pathologie et de la médecine opératoire pour le doctorat que ne possédaient pas les Ecoles secondaires.

Pour assurer l'influence de leurs professeurs, les examens, qui étaient passés devant un jury de professeurs délégués par les Facultés, seront subis dorénavant devant un jury composé d'un professeur de Faculté, président, et de deux professeurs de l'Ecole elle-même.

Nous pensons que, dans ces conditions, les Ecoles de plein exercice et les Ecoles secondaires réorganisées attireront près d'elles plus d'étudiants encore que par le passé.

Quelques-unes de ces Ecoles ont témoigné une vive émotion en apprenant que la première année des études médicales serait placée en dehors des Facultés et Ecoles. Elles ont craint que ce transfert ne nuisît à leur recrutement : les unes, parce qu'il n'y avait pas dans la ville même une Faculté des sciences; les autres, au contraire, parce que « elles avaient le périlleux honneur d'en posséder une ».

les plaies si fréquentes du pied et de la main, en hiver surtout, lorsque les bains et les pulvérisations très prolongés peuvent être d'un emploi irrégulier, difficile, incertain, ou ne pourrait point essayer le surchauffage dans le four à briques chaudes qui nous a rendu d'excellents services dans les tuberculoses terminales des membres et sur lesquelles mon élève et ami Clado a publié d'utiles renseignements (1).

Il me paraît enfin que la cautérisation préventive jointe à l'usage prolongé d'un collutoire au chloral aurait pu stériliser la plaie terriblement suspecte du jeune homme dont voici l'histoire.

Obs. — Albert J.., 28 ans, garçon de charrue, voulant attacher un jeune poulain, glissa, tomba le menton sur le bord d'un bac et se mordit fortement la langue, le 26 février 1893.

La plaie fut traité fort simplement par de fréquents lavages à l'eau bouillie ; elle était en bonne voie de guérison et le blessé, sans douleur et sans fièvre, était fort bien portant lorsque sans cause appréciable survinrent, le 8 mars, le trismus, la raideur du cou, la dysphagie intermittente ; le mal s'accrut rapidement ; sueurs profuses, rigidité des quatre membres, opisthotonos, écartement absolument nul des mâchoires ; entrée à l'hôpital le 13 mars ; traitement par le chloral et les injections de morphine ; mort deux jours après.

J'appris du médecin qui soigna ce jeune homme que le poulain était alors et était resté très bien portant. Néanmoins je demandai à ce qu'il fût étrillé et que le poil mêlé de poussière me fut adressé. Mon confrère voulut bien présider en personne à cette petite opération.

Le 27 juin une pelote de ce poil du volume d'une noisette fut insérée sous la peau d'un lapin, après quoi la place fut suturée et recouverte d'une couche de collodion.

Tout alla bien jusqu'au 30. La plaie était réunie, mais un abcès se formait évidemment sous la cicatrice. Le 1er juillet, la collection était considérable et en même temps on constatait l'apparition du tétanos qu'il enlevait l'animal le lendemain.

(1) Voir les comptes rendus du deuxième congrès pour l'étude de la tuberculose.

A l'autopsie on trouva du pus jaunâtre, fétide, renfermant une grande quantité de bacilles et de spores. Ce cheval était donc tétanifère à sa surface et non tétanique, j'ai déjà cité un exemple de la virulence de la poussière des étrilles.

Je ne reviendrai pas, aujourd'hui du moins, sur l'amputation préventive, agent le plus énergique, mais non le plus efficace ni le plus innocent du traitement local ; on a pu juger, d'après ce que j'en ai dit dans mon discours du 30 mai, de mes doutes sur son utilité. Si l'enquête que j'ai poursuivie ne m'autorise pas à le proscrire, elle m'empêche du moins de l'adopter comme procédé de choix. C'est une question à reprendre.

II

SUR LE TÉTANOS,

Par M. Péan (1).

Je ne fatiguerai pas l'attention de l'Académie en venant rééditer à cette tribune les arguments saisissants, exposés avec un talent et une compétence indéniables, par des savants tels que MM. Leblanc, Nocard, Trasbot et Weber. Ces éminents collègues ont fait, je crois, bonne justice des théories, par trop ingénieuses, développées avec un grand luxe de documents par notre confrère M. Verneuil. Il n'est plus permis aujourd'hui de soutenir l'origine équine du tétanos, d'autant plus que M. Verneuil systématique, que lui-même est le premier à convenir, quand il cesse d'être « le tétanos n'atteint pas exclusivement le cheval ; qu'on l'observe communément chez d'autres solipèdes, âne, mulet, etc. ; chez les bovidés, les ovidés, les caprins, le chien, le singe, voire même le perroquet (2), ce qui équivaut à dire que M. Verneuil reconnaît qu'il ne verrait aucun inconvénient à substituer l'hypothèse de la provenance animale multiple à celle de la provenance équine exclusive. Retenons donc cet aveu et passons outre.

(1) Académie de médecine, 1er août 1893.
(2) *Bulletin de l'Académie de médecine*, t. XXI, p. 284.

L'Administration a pensé que les villes dans lesquelles il n'y avait pas, en même temps que l'Ecole secondaire, une Faculté des sciences, pouvaient redouter à juste titre que les étudiants, obligés de passer une année dans une ville rivale, ne fussent amenés à les déserter. Elle a donc proposé, et votre Commission a accepté, que dans les villes où il existe une Ecole de plein exercice ou une Ecole secondaire réorganisée, mais où il n'y a pas de Faculté des sciences, serait organisé l'enseignement scientifique préparatoire aux sciences médicales.

En un mot, les Ecoles secondaires ont pendant trois ans, les Ecoles de plein exercice pendant quatre ans, tous les privilèges des Facultés de médecine. Nous estimons que cette situation est supérieure à celle qu'elles possédaient, qu'elle est légitime, et nous sommes persuadés que si les Ecoles veulent sincèrement prendre part au mouvement scientifique, elles acquerront, comme quelques-unes on déjà su le faire sous un régime moins favorable, une situation très élevée dans l'éducation de la jeunesse médicale.

Nous pensons avoir démontré que la réforme déjà demandée en 1845 par Orfila, peut être et doit être effectuée en ce moment : les opinions exprimées par les diverses Facultés de médecine dans deux enquêtes successives lui sont favorables. Le projet n'augmente pas, en réalité, la durée de la scolarité. L'étude générale des sciences physiques, chimiques et naturelles précède l'entrée de l'étudiant dans la carrière ; les professeurs de ces sciences dans les Facultés de médecine pourront réellement montrer quelles sont leurs applications à la médecine, en distribuant leur enseignement pendant toute la durée des études médicales ; les Ecoles de plein exercice et les Ecoles secondaires réorganisées assureront, pendant et quatre ans, cet enseignement dans les mêmes conditions que les Facultés elles-mêmes.

Nous savons que quelques-uns de nos collègues professeurs de sciences dans les Faculté de médecine, sont émus de cette

Désirant me maintenir sur le terrain exclusivement chirurgical et, pour ne pas sortir de la discussion sur le traitement *prophylactique* du tétanos, que le tétanos soit produit ou non par un agent infectieux, il n'est pas douteux que le mode de pansement des plaies, l'asepsie et l'antisepsie, ont contribué, dans une large mesure, à en diminuer la fréquence. De même que l'érysipèle, que l'infection purulente et autres maladies de *malpropreté*, le tétanos a disparu de nos salles.

Sans doute les pansements antiseptiques n'ont pas toujours empêché l'évolution de la maladie ; ils n'en constituent pas moins un agent de préservation qu'il serait imprudent de négliger. Mais il y a plus Nous savons tous que les plaies superficielles, insignifiantes, sont, plus souvent peut-être que les vastes délabrements, suivies de tétanos. Il importe donc que l'Académie, qui doit avant tout se préoccuper de la solution pratique des questions qui lui sont soumises, ne s'attarde pas à des discussions plus ou moins oiseuses, et prescrive des moyens de prophylaxie qui soient d'un usage courant. Que la plaie soit ou non tétanifère, elle ne pourra qu'être très heureusement modifiée par les lavages antiseptiques à l'eau phéniquée, l'eau sublimée ou tout autre microbicide.

Si nous nous trouvons sur ce point d'accord avec M. Verneuil, nous n'hésitons pas à conseiller, contrairement à son opinion, la réunion immédiate de la solution de continuité. Nous persistons à croire que les plaies fermées présentent moins de gravité que les plaies ouvertes. Nous n'en voulons pour preuve que ce qui passait autrefois pour le pédicule des kystes de l'ovaire quand on le laissait à l'air libre. La plaie favorise en ce cas la manifeslaton du tétanos, ainsi que tous les chirurgiens ont pu l'observer ; et cela sans qu'il y ait du fumier de cheval dans le voisinage de la salle d'opération ou même qu'un vétérinaire assiste l'opérateur (1).

A entendre M. Verneuil, il faudrait renoncer à opérer à l'hôpital, quand on s'y rend autrement qu'à pied, à moins de faire stationner sa voiture à quelques centaines de mètres de la maison hospitalière ! Et encore ne serait-on pas assuré de ne pas être un agent tétanifère, par *contagion médiate*, pour employer l'expression même de M. Verneuil. Pour en revenir au traitement prophylactique du tétanos, qui nous occupe avant tout, nous sommes donc d'avis que la réunion immédiate s'impose dans la grande majorité des cas, qu'elle doit être la règle, et non point l'exception, comme le voudrait notre honorable contradicteur.

Passant à la troisième proposition de M. Verneuil, je trouve que, pour un homme qui revendique à son profit le pincement des vaisseaux, M. Verneuil est bien timoré quand il donne au thermocautère la préférence sur le bistouri pour pratiquer des débridements dans les plaies anfractueuses. Le thermocautère, comme l'écraseur linéaire qu'a parfois conseillés le même auteur (qui n'a décidément qu'une confiance limitée dans les pinces) est, en pareil cas, nous l'avons souvent dit, un mauvais instrument, dont on connaît trop les inconvénients pour qu'il soit nécessaire d'y insister.

M. Verneuil nous engage plus loin à ne pas trop nous efforcer d'extraire les corps étrangers, « à les laisser plutôt, en cherchant à les stériliser sur place » (par quels moyens? M. Verneuil n'est pas suffisamment explicite sur ce point) et « à ne procéder à toutes les manœuvres, quelles qu'elles soient, que sous le spray, ou après la balnéation très prolongée ». Ici M. Verneuil se montre plus listérien que Lister, lequel a complètement renoncé au spray. Le spray peut, en effet, contribuer à assurer l'asepsie d'un appartement. Mais, mis en contact avec une plaie, il ne saurait qu'en favoriser l'irritation. Il n'est pas un chirurgien qui ne connaisse cette propriété du spray. La montre de M. Verneuil retarde.

Mais poursuivons : M. Verneuil nous dit que « en cas de gangrène confirmée, partielle, il faut sectionner les eschares plutôt dans le mort que dans le vif avec le thermocautère ». Pour nous, nous estimons qu'il vaut mieux sectionner les parties gangrenées avec les ciseaux, en prenant toutefois toutes les précautions antiseptiques requises, plutôt que d'employer le thermocautère, instrument que nous sommes loin de considérer, à l'instar de M. Verneuil, comme « l'instrument à tout faire ». Tout cela nous éloigne de la prophylaxie proprement dites du tétanos, mais à qui la faute ?

(1) *Bull. Ac. s. méd.*, t. XXIX, p. 23.

---

réforme; ils auraient un plein succès dans leur enseignement. Mais je suis persuadé que le plaisir de développer oralement, devant un auditoire nombreux, mais insuffisamment préparé, les éléments de la science, ne les illusionne pas au point de leur faire méconnaître ce que la science médicale est en droit d'attendre d'eux.

Au lieu d'un succès apparent, très flatteur, ils auront la satisfaction plus haute de contribuer vraiment au bien des études et au progrès de la science, d'exercer une influence efficace et féconde en enseignant aux étudiants en médecine ce qui fait partie essentielle de leur éducation médicale, au moment précis où ils peuvent vraiment recevoir cet enseignement. Nous pouvons compter sur leurs concours, car ils sont convaincus comme nous que l'avenir appartient aux élèves qui connaîtront le mieux, en sortant des Facultés de médecine, les méthodes des sciences physiques et naturelles.

En tous cas, alors même que la réforme troublerait les habitudes de quelques-uns de nos collègues nous croyons avoir établi que l'intérêt de l'élève est de trouver toujours à côté de ceux qui lui enseignent à observer, à analyser les maladies, le maître qui lui apprendra les ressources de la méthode expérimentale, contrôle indispensable de nos procédés cliniques.

Tel est, en résumé, l'ensemble des vues qui ont guidé tous ceux qui, depuis un certain nombre d'années, ont étudié ces projets de réforme.

S'ils ont varié dans l'appréciation de quelques détails, ils n'ont pas varié sur le but à atteindre : associer les sciences expérimentales aux études médicales proprement dites, de façon à maintenir notre enseignement médical au rang qu'il ne doit pas perdre.

(*A suivre.*)

Est-ce bien de prophylaxie qu'il s'agit, sont-ce bien des procédés d'un emploi commode que cette stérilisation du foyer « à l'aide du bain permanent, de la pulvérisation, de l'injection, des pointes de feu en quinconce », dans certains cas, « des caustiques appliqués en surface ou de l'ignipuncture au rouge sombre assez lontemps prolongée pour surchauffer la région blessée »? Et comme si tous ces moyens n'étaient pas suffisamment complexes, on vient nous parler du « surchauffage dans le four à briques chaudes », qui a rendu de notables services dans les tuberculoses terminales des membres. Mais quel rapport, demandons-nous à notre tour, établissez-vous entre le tétanos et le tubercule? Et depuis quand l'un peut-il s'accommoder de ce qui convient à l'autre?

Pour conclure, nous nous en tiendrons, pour notre part, à des notions dont la valeur reconnue n'est pas à nos yeux le moindre mérite. Il faut, dirons-nous, pour se préserver, dans la mesure, du tétanos :

1° Toutes les fois qu'un malade se fait une blessure, même légère, soit à la ville, soit à la campagne, laver la plaie avec un liquide antiseptique quelconque et la recouvrir non pas avec un linge perméable, comme on le fait généralement, mais bien avec une substance imperméable, telle que le collodion, le diachylon, etc. (1);

2° Panser, avec plus de soin encore, au moyen des antiseptiques, les plaies plus sérieuses;

3° Renoncer au thermocautère et lui substituer le bistouri, dans tous les cas, pour les débridements, afin de régulariser les plaies et pour enlever les corps étrangers, quand leur volume l'exige;

4° Remplacer la ligature par le pincement des vaisseaux;

5° Ne pas laisser volontairement les plaies ouvertes; les maintenir à l'abri de l'air pendant et après les pansements;

6° Donner la préférence aux pansements;

7° Immobiliser le mieux possible la région vulnérée;

8° Isoler les malades : l'isolement, que nous avons été le premier à pratiquer dans les hôpitaux, nous ayant déjà mis à l'abri d'autres maladies infectieuses, telles que l'érysipèle et l'infection purulente, qui, à l'heure actuelle, ont disparu de nos services hospitaliers, comme le tétanos lui-même.

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

UN CAS DE MALADIE D'ADDISON A ÉVOLUTION LENTE, AVEC RÉMISSIONS TEMPORAIRES ET RECHUTES.

Les observations de maladie bronzée se comptent dans la science, elles seraient encore plus rares qu'elles ne sont, si l'on avait soin de faire le départ exact des cas rangés à tort sous cette étiquette et chez lesquels on ne trouve d'autre aliment commun que la pigmentation brune plus ou moins généralisée des téguments. Le fait que nous rapportons ici est donc intéressant par ce qu'il offre un exemple indéniable et complet du syndrome auquel Addison a attaché son nom. Mais il présente de plus une particularité qui accentue encore son importance en tant que document clinique, savoir, la lenteur de son évolution, comparée à la durée ordinaire de cette maladie, en général beaucoup plus courte, de quelques mois à peine : puis le fait de rémissions spontanées, observées à plusieurs reprises, et que l'on ne saurait guère expliquer, dans l'état actuel de nos connaissances sur ce sujet. C'est à ce dernier titre surtout que l'observation nous a paru digne d'être rapportée : elle pourra, de ce chef, modifier légèrement les idées traditionnelles qui ont cours relativement à la marche et au pronostic d'une affection regardée généralement comme invariablement mortelle et à brève échéance.

Le nommé X..., âgé de 58 ans, exerçant la profession de cuisinier, entre le 5 juillet 1893 à l'hôpital de la Piétié, salle Rostan. Antécédents héréditaires insignifiants ou nuls. En fait d'antécédents personnels, nous ne retrouvons que des accidents de congélation au niveau des membres inférieurs, pendant la campagne de Crimée, avec phénomènes douloureux consécutifs qui ne disparurent qu'en 1863; puis une blennorrhagie en 1864. Vers le mois de juin 1885, cet homme s'aperçoit que les téguments de la verge et des bourses prennent une coloration brune : cette coloration, d'abord de teinte café au lait, s'accentue jusqu'au mois de mai 1886, semblable dès cette époque à ce qu'elle est aujourd'hui, c'est-à-dire constituée par un fonds noirâtre presque uniforme, parsemé de quelques taches plus foncées. La muqueuse du gland présente aussi une forte pigmentation. Pendant cette période, le malade continue à vaquer à ses occupations; il ne ressent aucune fatigue, conserve l'appétit et ne présente aucun trouble fonctionnel.

Brusquement, au mois de mai 1886, il est pris de nausées fréquentes, il ressent pour tous les aliments un dégoût profond et deux jours plus tard des vomissements muqueux, bilieux et alimentaires, viennent le tourmenter à chaque instant. Il y a de l'insomnie, le repos est troublé par des cauchemars. En même temps des douleurs continues, constrictives apparaissent au niveau de la région lombaire. Assis, le malade éprouve de la difficulté à se relever : la colonne vertébrale s'incurve en avant, il la redresse difficilement; les membres inférieurs faiblissent, puis refusent tout service. Cet accablement progresse et au bout de huit jours environ, l'asthénie est complète. L'intelligence reste parfaitement nette : il n'y a pas la moindre perturbation intellectuelle.

A cette époque, le malade entre à la Pitié, dans le service de M. le Dr Jaccoud qui en fait quelques jours après le sujet d'une leçon clinique. Par le repos, les vomissements s'arrêtent et permettent d'alimenter le malade. A une nourriture copieuse, on joint les inhalations d'oxygène, l'usage des granules de Dioscoride et le vin de quinquina à la dose de 125 gr. par jour. Au bout de deux mois demi, la guérison est complète : tous les troubles gastro-intestinaux et nerveux ont disparu : il y n'a plus trace de pigmentation. Le poids du corps a augmenté de 4 kilos. Le malade quitte alors la Pitié et reprend son métier.

Pendant huit ou neuf mois, l'amélioration se maintenait, et le malade se croyait à l'abri d'une rechute, quand les mêmes phénomènes se reproduisent, avec la même brusquerie au début que la première fois. Il rentre dans le ser-

(1) Grâce à cette précaution, nous avons pu préserver tous les élèves qui suivaient nos cours, pendant notre professorat, des piqûres anatomiques et nous avons pu, depuis cette époque, mettre à l'abri de l'infection purulente, et même du tétanos, les nombreux malades qui sont venus nous consulter dans les hôpitaux.

vice de M. Jaccond et recommence le traitement que celui déjà suivi. Cette fois encore, une amélioration notable se produit, les douleurs disparaissent et les forces reviennent. Après 4 mois de séjour, le malade quitte l'hôpital et il ne présente plus à ce moment que la coloration bronzée de la peau des bourses et de la verge, coloration qui s'est maintenue avec la même intensité par la suite. Malgré un état général satisfaisant, la pigmentation tend à se généraliser : les aréoles du mamelon, la face sont atteints à leur tour, celle-ci donnant au sujet la physionomie d'un mulâtre. La muqueuse buccale est envahie à son tour, et présente des taches bleuâtres que l'on retrouve bien aujourd'hui.

Depuis cette époque, les phénomènes n'ont disparu qu'à de rares intervalles : l'asthénie a persisté, réglant son intensité sur celle de la pigmentation que le repos et une alimentation abondante paraissent éclaircir légèrement.

A sa sortie du service de M. Jaccoud, vers les premiers jours de juillet, notre malade est aller passé une quinzaine de jours à Vincennes. Son état était alors satisfaisant, mais à sa sortie de l'asile, privé de soins assidus, il n'a pas tardé à ressentir une aggravation qui s'est traduite par la réapparition et l'exacerbation des symptômes douloureux antérieurs.

Après quelques jours de repos dans notre salle, les vomissements ont diminué et même cessé, mais on a pu constater, en outre de tous les signes énumérés plus haut, des signes particuliers au niveau du processus gauche. Submatité à la percursion, craquements fins, profonds dans la fosse sus-épineuse, qui ne laissent aucun doute sur l'existence d'une infiltration tuberculeuse encore à l'état initial. Mais cette dernière lésion paraît être secondaire, et on peut croire qu'elle est à la fois le résultat de l'état général et d'une inoculation bacillaire éventuelle contractée à l'occasion des séjours prolongés que le malade a fait dans les services hospitaliers. Une pareille interprétation est aussi vraisemblable que celle qui consisterait à faire de l'altération pulmonaire un épiphénomène et une conséquence de l'altération des capsules surrénales. En l'absence de nécropsie, on ne peut émettre actuellement sur la nature de celle-ci que des hypothèses plus ou moins probables. P. M.

REVUE DES JOURNAUX

PATHOLOGIE DU SYSTÈME NERVEUX.

RIGIDITÉ ET DÉFORMATION DE LA COLONNE VERTÉBRALE SE PRÉSENTANT COMME L'EXPRESSION CLINIQUE D'UNE FORME MORBIDE SPÉCIALE, par le professeur BECHTEREW. (*Neurologisches Centralblatt*, 1893, n° 13, p. 426.)

Dans le courant des dernières années, le professeur Bechterew a eu l'occasion d'observer un certain nombre d'exemples d'une affection spéciale du système nerveux caractérisée par les symptômes suivants :

Difficulté plus ou moins grande et même impossibilité d'imprimer des mouvements à la colonne vertébrale, qui n'était douloureuse ni à la percussion, ni lors de tentatives de mouvements de flexion.

Déformation de la colonne vertébrale, sous forme d'une incurvation à concavité dirigée en arrière ; déformation prononcée particulièrement dans la partie supérieure du segment dorsal, et en raison de laquelle la tête paraissait déplacée et fléchie en avant.

Etat parétique des muscles du tronc, du cou, des membres, le plus souvent compliqué d'une légère atrophie des muscles du dos et des muscles qui s'insèrent aux omoplates.

Emoussement de la sensibilité, principalement dans les régions innervées par les rameaux cutanés des nerfs du dos et du cou, quelquefois aussi dans la région lombaire.

Différents troubles nerveux, de nature irritative, c'est-à-dire phénomènes de paresthésie, d'hyperesthésie, douleurs dans la région du dos, du cou, plus rarement dans les membres et dans la région de la colonne vertébrale. Dans quelques cas on a noté également des phénomènes d'excitation motrice, secousses convulsives agitant les mains et les pieds, et provoquées par le chatouillement du coude, du genou ; contracture dans les membres.

L'étiologie de cette nouvelle affection semble être dominée par l'hérédité morbide et par le traumatisme (s'exerçant sur la colonne vertébrale).

Relativement à la pathogénie de l'affection nouvelle, M. Bechterew a fait remarquer que parmi les symptômes premiers en date figure une sensation de pesanteur dans la tête et l'impossibilité de maintenir le corps d'aplomb. Par suite, la colonne vertébrale se déforme dans les premiers temps de la maladie. Parallèlement à cette déformation se développent les troubles d'ordre irritatif qui affectent les nerfs du cou et du dos. La parésie consécutive et l'atrophie des muscles affectés doivent être rattachées à une altération de ces mêmes nerfs.

Toutes ces manifestations ont vraisemblablement pour point de départ une inflammation diffuse, chronique, du tissu conjonctif épidure-mérien, et à un processus analogue à la spondylite déformante. Celui-ci a pour double conséquence des adhérences solides soudant entre elles les vertèbres, et, d'autre part, une compression des racines nerveuses. Ainsi peuvent s'expliquer l'immobilisation ou la rigidité de la colonne vertébrale, les phénomènes irritatifs ayant pour siège les racines postérieures, la parésie et l'atrophie des muscles du cou et du dos, la parésie éventuelle des muscles des membres supérieurs.

Il est possible qu'à la longue se développe une affection spinale, consécutive à la compression subie par le névraxe. Certains troubles surajoutés — douleurs localisées dans la région des 11e et 12e vertèbres dorsales, faiblesse parétique des pieds, exagération des réflexes patellaires, — constatés chez l'un des malades de M. Bechterew, parlaient en faveur d'une complication de cette nature.

Tous les renseignements recueillis jusqu'à ce jour, par M. Bechterew, sur le compte des malades qui présentaient les symptômes de cette nouvelle affection, sont de nature à faire admettre que celle-ci a une évolution lente mais progressive. Très vraisemblablement elle doit aboutir à des parésies et à des paralysies très prononcées, probablement aussi à des contractures.

M. Bechterew n'a rien de bien précis à dire sur le traitement à instituer. En principe la suspension lui paraît rationnelle. Les applications de pointes de feu ont eu une efficacité palliative contre les manifestations douloureuses.

Pour mettre le lecteur à même de se faire une idée exacte

du nouveau syndrome visé par le travail de M. Bechterew, nous allons donner la relation intégrale de la première des trois observations qui figurent dans ce travail :

Obs. I. — Femme S..., 56 ans, se plaignait d'une sensation pénible de pesanteur dans la partie postérieure du cou, qui s'irradiait le long de la colonne vertébrale et vers l'occiput. Elle prétendait en outre avoir une sensation de constriction à l'arrière-gorge, comme si elle allait être étranglée. Mais elle se plaignait surtout de ce que depuis quelque temps il lui était devenu très difficile de porter la tête d'aplomb, celle-ci s'inclinant sans cesse en avant. A première vue on remarquait chez la malade une déformation de la partie supérieure de la colonne vertébrale, prononcée surtout à la partie inférieure du cou et dans la région interscapulaire; par suite de cette déformation, la tête paraissait tendue en avant et légèrement affaissée.

La mère de la malade, une de ses sœurs et sa fille ont présenté une déformation analogue du rachis. Depuis sa première jeunesse, la malade était un peu bossue; dans les dernières années, la déformation de la colonne vertébrale s'est beaucoup accentuée. En même temps elle a éprouvé des douleurs dans la main droite. Depuis cinq années environ, sa tête lui paraît pesante et cette sensation était particulièrement prononcée pendant le dernier hiver; actuellement elle est ressentie surtout dans la partie postérieure du crâne et du cou. Depuis quelque temps la malade est tourmentée par une sensation spéciale et très pénible de constriction, localisée dans les parties latérales du cou, principalement au-dessous du maxillaire inférieur, à gauche. La malade a eu souvent la migraine. Il y a une vingtaine d'années, elle a été frappée d'une cécité subite de l'œil droit. La vue s'est améliorée peu à peu de ce côté; mais l'œil droit est resté plus faible que l'œil gauche. Pas de manifestations hystériques.

On constate chez la malade une gibbosité occupant la partie inférieure du segment cervical et la partie supérieure du segment dorsal, par suite de laquelle la tête est portée fortement en avant. En examinant avec soin le corps de la femme, on remarque un léger affaissement des omoplates, sans atrophie bien manifeste des muscles qui s'insèrent à ces os. A droite, cependant, les muscles du cou paraissent amaigris par rapport à ceux du côté gauche. La sensibilité à la douleur est émoussée dans les régions scapulaires médianes. Quand la malade étend le cou pour soulever la tête, la sensation de pesanteur augmente au niveau de celle-ci. Il en est de même quand la malade se met à marcher. La malade n'éprouve pas de douleur spontanée dans le dos; la pression et la percussion de la colonne vertébrale ne développent pas non plus des douleurs. Exception faite d'une faiblesse de la vue, à droite, les organes des sens sont dans un état normal. Pour ce qui concerne la motilité, la malade se plaignait principalement, de ce que sa tête se trouvait tirée en avant, de telle sorte qu'il lui était difficile de la maintenir dans sa position naturelle. Il lui est difficile également d'étendre la tête, gênée qu'elle est par la sensation de pesanteur qu'elle localise dans la partie postérieure du cou et de la tête. Les mouvements latéraux du cou sont à près libres. Les mouvements respiratoires se font exclusivement suivant le type abdominal, le thorax aplati n'y participe presque pas.

Le segment dorsal du rachis est manifestement peu mobile. Les mouvements de rotation, d'extension, de flexion, y sont extrêmement limités. Quand la malade est couchée, la gibbosité ne disparaît pas.

On ne constate point de troubles des réflexes tendineux. Dans le courant de la dernière année la malade a eu de la constipation. Pas d'autres troubles à part cela. On l'a traitée, par l'électricité, sans lui procurer d'amélioration; il semble même que son état se soit aggravé.

Pendant un mois environ que la malade est restée en observation, on lui a fait prendre de l'iodure de potassium, et par moments, pour apaiser ses douleurs, de la quinine et de l'antifébrine. On lui a également appliqué des pointes de feu le long de la colonne vertébrale, au cou. Cette dernière pratique a un peu atténué la sensation pénible de constriction dans la région du cou.

E. Ricklin.

VARIÉTÉS.

CONSULTATIONS DE L'HÔTEL-DIEU. — POTINS PARISIENS (1).

Il y a deux ans, l'Administration des hospices nous avait, par une simple note, prévenus que les consultations étaient supprimées. Sur la demande répétée du corps médical, elles vont être rétablies: l'Administration fait approprier à l'Hôtel-Dieu un local convenable qui se composera d'une salle d'attente pour les malades, et de deux salles, l'une pour les médecins, l'autre pour les chirurgiens.

Le prétexte donné par la Commission administrative — et, en apparence, celle-ci n'avait pas tout à fait tort — était que quelques chefs de service se désintéressaient de ces consultations et en laissaient la charge à leurs internes; de plus, l'obligation, pour la pharmacie de l'Hôtel-Dieu, de fournir les médicaments, grevait fortement le budget des hospices; enfin, disait-on, l'établissement de dispensaires dans les différents quartiers de la ville assurait aux indigents les secours médicaux auxquels ils ont droit.

Aux deux premières objections, on peut répondre que jusqu'à ces dernières années le quartier St-Remi n'avait pas de dispensaire municipal, et que par la force des choses, les consultations de l'Hôtel-Dieu en tenaient lieu; elles voyaient le défilé aussi long que monotone des clients habituels de ces dispensaires et on comprend que les chefs de service ne mettaient pas un grand enthousiasme à signer des bons d'huile de foie de morue et de vins de quinquina.

Désormais il n'en sera plus de même; les médicaments n'étant plus délivrés à l'Hôtel-Dieu et les chefs de service s'engageant à faire eux-mêmes les consultations, la clientèle changera forcément: elle se composera de malades, de Reims ou des environs, qui viendront réclamer des conseils autorisés pour des affections graves ou insolites.

Pour eux l'utilité est évidente; le profit ne sera pas moindre pour les médecins et chirurgiens qui y trouveront des cas intéressants de clinique, pour les élèves qui y compléteront leur instruction professionnelle.

***

Aux provinciaux qui envient leurs camarades restés à

(1) *Union méd. du Nord-Est*, juin 1893.

Paris et attelés au dur labeur des concours, j'offre comme consolation ces quelques renseignements puisés hier dans la conversation d'un confrère très au courant de la politique médicale.

Les coteries, les petites chapelles continnent, parait-il, à fleurir là-bas; les chefs ne dédaignent pas encore l'encens que leurs élèves s'empressent de brûler à poignées; lisez un article, ouvrez un livre de M. X..., vous êtes sûr d'y trouver à chaque page le nom du professeur Z..., «mon excellent maître»; Z... a tout fait, tout approfondi; X... sera fortement *tenu* par lui au prochain concours ou à l'élection à venir. Mais que X... essaye de voler de ses propres ailes et de ne plus accepter les découvertes du professeur Z.. que sous bénéfice d'inventaire, l'«excellent maître», qui n'admet pas les velléités d'indépendance, s'empressera de *lâcher* son élève, et nous, qui vivons dans la candide ignorance de ces faits passionnants, nous serons tout étonnés des sous-entendus, des réticences que nous devinerons entre les lignes de certains articles de journaux.

La lutte épique qui a éclaté l'an dernier entre deux maîtres continue à préoccuper tous ceux qui gravitent dans leur orbite.

Savez-vous pourquoi l'idée d'un Congrès de médecine analogue au Congrès français de chirurgie, qui avait été émise par un médecin des hôpitaux, a été repoussée l'an dernier? On a dit qu'il y avait déjà trop de Congrès et suffisamment de Sociétés savantes et de journaux... En réalité, la difficulté était de former un bureau qui ne portât pas ombrage aux partis en présence. On pouvait décerner la présidence au professeur P..., très en dehors de ces luttes intestines et sympathique à tous, mais si on nommait vice-président le chef des Capulets, tous les Montaigus devenaient hostiles et le Congrès risquait de mourir en bas âge; on a préféré ne pas le mettre au monde.

Les aspirants agrégés, de futurs médecins des hôpitaux, emploient toute leur diplomatie à équilibrer leurs chances et à essayer de se faire soutenir par un camp sans trop mécontenter l'autre. Au concours actuel du bureau central, les grands maîtres ne font pas partie du jury, mais ils y sont représentés par des élèves à leur dévotion et ils continuent à tenir les fils que l'on n'a même pas la pudeur d'essayer de cacher. Aussi, pour supputer les résultats, on s'enquiert bien moins des «performances» du candidat que de ses attaches à telle ou telle école.

Quel Homère — ou quel Swift — écrira, pour l'édification de nos arrière-neveux, l'histoire de la grande lutte des B...... diens et Ch....tistes!

En attendant, ce sont les candidats qui payent les pots cassés. Le vieil Horace a toujours raison: *Quiquid delirant reges, plectuntur Achivi*.

Une petite histoire encore:

Lorsque les premiers cas de typhus éclatèrent à Paris, ce fut un étonnement général: d'où cela venait-il?

«Nous vous avons prévenu depuis deux mois, affirmaient les médecins lillois.» — «Pas du tout, nous n'avons reçu aucun avis», répondaient les gardiens officiels de la santé parisienne.

Tout s'est expliqué. Lille avait bien envoyé un rapport sur le typhus; mais le membre du Comité consultatif d'hygiène qui l'avait reçu s'était empressé de le classer dans le dossier de la fièvre thyphoïde!

S'il parvient à cet honorable académicien un travail sur la «fièvre des foins», nul doute qu'il ne le renvoie à la section de «médecine vétérinaire».

..... Mon ami m'a raconté encore bien d'autres choses intéressantes, mais après tout, ce ne sont peut-être que des cancans inventés de toutes pièces par des candidats évincés ou des concurrents jaloux, et je devrais sans doute terminer par la formule classique *Sous toutes réserves*.

MÉDECINE PRATIQUE

Podophylle.

La podophylle est soluble dans la teinture de gingembre et peut être prescrite ainsi qu'il suit:

Résiné de podophylle............ 0 gr. 10
Teinture de gingembre............ 30 grammes.

Prendre une cuillerée à café de cette mixture dans un verre d'eau sucrée avant de se coucher.

(*Med. and Surgic. Reporter* in *Occidental Med. Times*, *juin* 1893.)

Fièvre typhoïde.

Bartholow et Wilson recommandent la formule suivante:

Teinture d'iode............ 2 gouttes.
Acide phénique............ 1 —

A prendre dans un verre à madère plein d'eau toutes les deux ou trois heures.

(*Atalanta Medic. and Surgic. Journ.* in *Occidental Med. Times*, *juin* 1893.)

Tonique dans la syphilis.

Muench prescrit:

Protoiodure d'hydrargyre............ 1 gr. 50
Citrate de fer et de quinine...... 20 gr.
Extrait de quinine............ 1 gr. 15

Pour 100 pilules. En prendre trois par jour.

(*Americ. Practitioner and News*, in *Occidental Med. Times*, *juin* 1893.)

Liniment calmant.

Huile de géranium......
Teinture d'opium......
Esprit d'ammoniaque......
Huile d'olives......
} àâ 30 grammes.

Agiter fortement la bouteille avant de s'en servir et faire avec ce liniment une friction légère.

(*College and Clinical Record*, in *Occidental Med. Times*, *juin* 1893.)

Phthisie au début.

Staple conseille aux phtisiques au début l'usage de la solution suivante en inhalations. Cette solution agirait en même temps comme stimulant et comme ozonisant.

Alcool chloroformé............
Terébène............
Essence de pin Sylvestre......
} égales parties.

Mettre dans la bouteille à inhalation 2 cuillerées à café de ce mélange une ou deux fois par jour; faire des inhalations de deux ou trois minutes à de fréquents intervalles.

(*Med. Record.*)

Eczéma de la vulve.

Teinture d'opium...........	ââ 8 gr.
Bicarbonate de soude..........	
Bicarbonate de potasse.........	4 gr.
Glycérine pure................	6 gr.
Eau distillée..................	240 gr.

Faire une lotion chaude, matin et soir, avec ce liquide sur les parties malades. Après chaque lotion, poudrer ces parties avec :

Amidon finement pulvérisé......	19 parties.
Camphre finement pulvérisé.....	1 partie.

(Lusch. *Therapeutic Gazette.*)

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris.

Par décret en date du 2 août, M. Joffroy, agrégé libre près la Faculté de médecine de Paris, est nommé professeur de clinique, de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale à la Faculté de médecine de Paris.

Facultés et Ecoles des départements.

Faculté de médecine et de pharmacie de Lyon. — Par arrêté en date du 29 juillet, M. Meurer, docteur en médecine, est prorogé pour un an, à dater du 1er novembre 1893, dans l'emploi de chef de clinique ophtalmologique à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon.

Ecole de médecine et de pharmacie de Tours. — Par arrêté en date du 1er août. — Un concours s'ouvrira, le 12 février 1894, devant l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours, pour l'emploi de chef des travaux physiques et chimiques à ladite Ecole.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Faculté de médecine et de pharmacie de Lille. — Par arrêté en date du 4 août, sont maintenus, pour l'année scolaire 1893-94, dans les fonctions de chef des travaux à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille les agrégés dont les noms suivent: MM. Castex, physique ; Bayrac, chimie ; Bédard, physiologie.

Chemin de fer d'Orléans (juin-septembre 1893) —*Saison thermale : Le Mont-Dore, La Bourboule, Royat, Néris-les-Bains, Evaux-les Bains.* — A l'occasion de la saison thermale de 1893, la Compagnie du chemin de fer d'Orléans a organisé un double service direct de jour et de nuit, qui fonctionnera du 8 juin au 20 septembre inclus, entre Paris et la gare de Laqueuille, par Vierzon, Montluçon et Eygurande, pour desservir par la voie la plus directe et le trajet le plus rapide les stations thermales du Mont-Dore et de La Bourboule.

Ces trains comprennent des voitures de toutes classes et, habituellement, des wagons à lits toilette, au départ de Paris et de Laqueuille.

La durée totale du trajet, y compris le parcours de terre entre la gare de Laqueuille et les stations thermales du Mont-Dore et de La Bourboule, est de 11 heures à l'aller et au retour.

Prix des places, y compris le trajet dans le service de correspondance de Laqueuille au Mont-Dore et à la Bourboule, et *vice versa.* 1re classe, 53 fr. 90 — 2e classe, 36 fr. 85 — 3e classe, 23 fr. 75.

Aux trains express partant de Paris le matin et de Chamblet-Néris dans l'après-midi, il est affecté une voiture de 1re classe pour les voyageurs de ou pour Néris-les-Bains, qui effectuent ainsi le trajet entre Paris et la gare de Chamblet-Néris sans transbordement en 6 heures environ.

On trouve des omnibus de correspondance à tous les trains, à la gare de Chamblet-Néris pour Néris, et *vice versa.*

Chemin de fer d'Orléans (juin-septembre 1893) — *Billets d'aller et retour à prix réduits pour Royat et Laqueuille.* — Pendant la saison thermale, du 1er juin au 30 septembre, la Compagnie d'Orléans délivre, à toutes les gares de son réseau : 1° pour la station de Laqueuille desservant les stations thermales du Mont-Dore et de La Bourboule ; 2° pour la station de Royat, des billets aller et retour réduits de 25 0/0 en 1re classe et de 20 0/0 en 2e et 3e classes sur le double des prix des billets simples.

Tout billet délivré à une gare située à 300 kilomètres au moins desdites stations donne droit au porteur à un arrêt en cours de route, à l'aller et au retour.

La durée de validité de ces billets est de 10 jours, non compris les jours de départ et d'arrivée. Cette durée peut être prolongée de 5 jours, moyennant paiement d'un supplément de 10 0/0 du prix du billet. La demande de prolongation peut être faite soit à la gare de départ, soit à la gare d'arrêt, lorsqu'il y a lieu, soit à la gare destinataire, mais avant l'expiration de la durée de validité des billets.

Les voyageurs munis de ces billets peuvent faire usage des places de luxe, à la condition de payer intégralement le supplément afférent auxdites places.

Avis. — Les voyageurs obtiennent, sur leur demande, soit à la gare de départ, soit au bureau du correspondant de la Compagnie à Laqueuille, des billets d'aller et retour réduits de 25 0/0 pour le Mont-Dore et la Bourboule.

Du Mont-Dore et de la Bourboule à Royat et Clermont-Ferrand et *vice versa.*

De Bort à Laqueuille (Le Mont-Dore et La Bourboule), Royat et Clermont-Ferrand et *vice versa.*

Billets d'aller et retour à prix réduits valables pendant 3 jours.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Ancienne maison Delahaye.

L. Bataille et Cie, éditeurs, 22, place de l'École de médecine.

Traité d'histologie pratique, par J. Renaut, professeur d'anatomie générale à la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux de Lyon, membre correspondant de la Faculté de médecine. Deuxième fascicule du t. X : tissus du squelette, tissu musculaire, système vasculaire sanguin et lymphatique ; avec 253 fig. dans le texte. 1 vol in-8. — Prix 18 fr. Le tome premier complet, 25 fr. Paris, 1893.

Bulletin hebdomadaire de Statistique municipale.

Décès notifiés du 6 au 12 juillet 1893

Fièvre typh., 18.—Typhus, 0.—Variole, 3.—Rougeole, 20.—Scarlatine, 5. — Coqueluche, 4.— Diphtérie, croup, 23.— Grippe, 0. — Affections cholériformes, 0. — Phtisie pulmonaire, 194. — Méningite tuberculeuse, 12. — Autres tuberculoses, 11. — Tumeurs cancéreuses et autres, 50. — Méningite, 27. — Congestion et hémorrhagie cérébrale, 25. — Paralysie, 9. — Ramollissement cérébral, 7. — Maladies organiques du cœur, 41. — Bronchite aiguë et chronique, 29. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 40. — Autres affections de l'appareil respiratoire, 23. — Gastro-entérite des enfants : sein, biberon et autres, 115. — Fièvre et péritonite puerpérales, 3. — Autres affections puerpérales, 2. — Débilité congénitale, 22. — Sénilité, 27. — Suicides, 28. — Autres morts violentes, 19. — Autres causes de mort, 144. — Causes inconnues, 7. — Total : 908.

Le Rédacteur en chef et Gérant : F. de Ranse.

Paris. — Typ. A. Davy, 52, rue Madame. — Téléphone.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Rédacteur en chef : M. le Dr F. DE RANSE

Comité de Rédaction : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN
J. ARNOULD (de Lille), P. FABRE (de Commentry), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon)

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, avenue Montaigne (Rond-Point des Champs-Élysées)

CLINIQUE MÉDICALE

HOSPICE DU PERRON, DE LYON. — M. LE PROFESSEUR RENAUT.

SUR UN BRUIT EXTRA-CARDIAQUE SATELLITE DE L'AORTITE CHRONIQUE.

Leçon clinique recueillie et rédigée par M. CLAUDE REGAUD, *interne du service.*

Le malade qui va faire l'objet de cette leçon est un vieillard de 78 ans, hospitalisé au Perron depuis dix ans, sur lequel notre attention est attirée depuis plusieurs mois par un phénomène d'auscultation que l'on a très rarement l'occasion d'observer.

Voici, résumée à grands traits, l'histoire pathologique de cet homme.

Les antécédents héréditaires de Jacques L... n'offrent aucune particularité intéressante.

A l'âge de 15 ans, il commença le métier pénible de maçon qu'il exerça jusqu'en 1883. Dans son passé morbide, on relève une dysenterie à l'âge de 55 ans, une affection pulmonaire grave contractée à l'âge de 63 ans, enfin deux attaques de rhumatisme articulaire aigu localisé aux coudes et aux poignets.

Vous reconnaissez là autant de maladies infectieuses capables de déterminer des lésions de l'endocarde et de l'endartère.

Pour ce qui est du rhumatisme, en particulier, sa localisation anormalement étroite aux articulations des membres supérieurs qui participent le plus au travail nécessité par le métier de notre malade, nous permet de poser le diagnostic rétrospectif probable de rhumatisme de surmenage. Or vous saurez que la toxhémie de surmenage détermine plus souvent des lésions aortiques, tandis que la forme ordinaire, juvénile, du rhumatisme articulaire, frappe avec prédilection l'orifice mitral.

Notre malade n'est pas syphilitique. Il a longtemps pratiqué un alcoolisme régulier mais modéré, qui ne lui a laissé aucune localisation viscérale grave.

A son entrée à l'hospice du Perron, on constata un peu d'emphysème, les signes physiques d'un affaiblissement sénile du myocarde, sans asystolie, l'intégrité de l'appareil rénal, un athérome prononcé, enfin un amaigrissement considérable, et une faiblesse générale incompatible avec tout travail. Ce sont là les stigmates organiques de la vieillesse, dus à une vie de labeurs et de privations.

Depuis son entrée son état général s'est peu modifié : nous notons seulement l'apparition d'un tremblement sénile, et de douleurs sciatiques bilatérales, jamais aiguës mais récidivantes et nécessitant de fréquentes séances de sty-

FEUILLETON

RAPPORTS AU PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

(Suite) (1).

II

Certificat d'études physiques, chimiques et naturelles.
(Rapport de M. Darboux.)

La Commission que vous aviez chargée d'examiner le projet de décret relatif au certificat d'études physiques, chimiques et naturelles a dû attendre, pour commencer ses travaux, les décisions d'une autre Commission, celle à laquelle était confié l'examen des projets relatifs aux études médicales. Le président de cette Commission nous ayant fait connaître qu'à l'unanimité elle adoptait, avec quelques changements de détail, le projet de décret soumis à son examen, qu'elle proposait de réorganiser les études médicales conformément aux vœux répétés des Facultés de médecine et qu'elle réclamait l'organisation préalable, en dehors de ces Facultés, d'un enseignement des sciences physiques, chimiques et naturelles capable de donner aux futurs médecins les notions de ces sciences, tant théoriques que pratiques, qu'ils doivent nécessairement posséder pour aborder avec fruit les études médicales proprement dites, notre tâche se trouvait nettement définie. Nous avions à nous demander quelle serait la meilleure organisation de cet enseignement, où il fallait le placer pour qu'il pût produire les meilleurs résultats.

L'examen détaillé de cette question nous a conduits à accepter, avec des modifications insignifiantes, le projet qui nous était renvoyé. Pour entraîner votre conviction, le rapporteur n'aura qu'à mettre sous vos yeux un résumé de la discussion très complète qui a eu lieu dans le sein de la Commission.

(1) Voir la *Gazette médicale*, nos 32 et 33, 1893.

page. Enfin, et c'est sur quoi nous insistons, en février 1891, cet homme eut une poussée d'aortite aiguë, caractérisée par de la fièvre, de la sternalgie bien différente d'un véritable accès angineux, et consistant surtout en douleurs rétro-sternales spontanées ou provoquées par la pression ou la percussion.

Cette aortite aiguë laissa à sa suite une dilatation aortique considérable et augmenta l'intensité d'un souffle systolique, d'induration aortique, faiblement perçu auparavant.

Tels sont, Messieurs, les renseignements que nous fournit l'anamnèse.

Si maintenant vous examinez ce malade, vous êtes frappés, à l'inspection de la région précordiale, par une voussure régulièrement arrondie, occupant, sur la ligne médiane, la moitié supérieure du sternum et les cartilages costaux ossifiés qui s'y attachent. On ne voit pas les battements, mais on constate une locomotion nette des artères du cou.

La pointe du cœur, explorée à la palpation, bat faiblement dans le 5e espace gauche, en dedans et très près du mamelon.

L'impulsion cardiaque est faible et diffuse. La main, appliquée au niveau de la voussure sternale dont je viens de vous parler, éprouve une sensation de soulèvement en masse, systolique.

Il n'existe pas cependant de centre de battements distinct de la pointe.

L'index plongé dans la fossette sus-sternale perçoit d'énergiques battements aortiques.

La percussion décèle une matité précordiale carrée, de quatre travers de doigt de côté, dont l'angle inférieur gauche correspond au mamelon et qui n'atteint pas le sternum.

Dès maintenant, nous pouvons affirmer l'absence d'une hypertrophie cardiaque notable.

Par contre, il existe à la base une énorme matité aortique, large de 10 centimètres, dépassant également les bords sternaux, et se continuant en se rétrécissant avec la matité cardiaque.

Le pouls du malade est fort, régulier en apparence et sans intermittences ; il est bondissant et rappelle le pouls de Corrigan. Sur le tracé sphygmographique, l'ascension est verticale, terminée par un plateau arrondi avec un léger accident diastolique. Sept tracés ont été pris consécutivement et sans interruption. Examinés comparativement, ils ne présentent aucune particularité notable de forme; néanmoins, vous pouvez aisément constater que les pulsations ne sont ni équidistantes, ni équipotentielles ; c'est là ce que j'ai appelé depuis longtemps *le faux pouls régulier* des athéromateux à cœur asthénique.

Le diagnostic d'athéromasie périphérique, que vous pouvez soupçonner à la seule vue de la forme de la pulsation, est confirmé par la palpation des principales artères accessibles : vous les trouvez dures et roulant sous le doigt.

L'auscultation du cœur décèle, *à la pointe*, un souffle systolique maximum pendant le méso-systole, s'entendant depuis l'appendice xyphoïde où il est très affaibli, jusque dans l'aisselle, où on le perçoit à peine, ayant son intensité maxima dans la région médio-cardiaque. — Il s'agit là, pour vous le dire de suite, d'un souffle d'insuffisance mitrale fonctionnelle. Le 2e bruit est normal à la pointe, et n'est ordinairement accompagné d'aucun phénomène surajouté.

A la base, il existe un souffle systolique ayant deux maxima, l'un au foyer aortique, dans le 2e espace droit, l'autre dans le 1er espace gauche à 2 centimètres du sternum. Le souffle est aussi intense à ces deux foyers ; il est franchement systolique, constant dans ses caractères, plus rude que celui de la pointe sans être vraiment râpeux. Il se propage dans les artères du cou. — Le bruit diastolique est normal à gauche ; à droite, il est couvert par un bruit anormal surajouté sur lequel nous reviendrons dans un instant.

Quelle est la signification du souffle systolique que nous avons constaté à la base ?

Existe-t-il un rétrécissement aortique ? Je ne le crois pas.

Un rétrécissement aortique ne va pas sans une hypertrophie cardiaque considérable, et nous avons vu que le volume du cœur n'est pas augmenté ; il s'accompagne toujours d'un pouls petit, misérable, à ascension courbe sur les tracés, donnant la sensation d'un barrage entre l'artère périphérique et ce cœur puissant, à l'impulsion énergique.

La voussure, l énorme matité aortique peuvent suggérer

Nous avons dû nous demander d'abord qu'elle devait être la nature du nouvel enseignement.

La réponse à cette question nous était indiquée par les termes mêmes dans lesquels elle nous était posée. Dans le projet qui vient de vous êtes rapporté et que vous avez approuvé, les Facultés de médecine se réservent, de la manière la plus complète, l'étude des applications des sciences physiques et naturelles aux diverses branches de l'art de guérir; mais elles réclament des étudiants initiés déjà aux éléments de ces sciences.

L'enseignement nouveau doit donc être, avant tout, un enseignement général et non pas un enseignement d'application.

Mais comme le médecin n'est pas un théoricien, mais un homme de pratique, le nouvel enseignement doit être, en même temps que théorique, pratique et expérimental. C'est dans les laboratoires, au contact du maître, et non dans le livre, que l'élève acquiert une connaissance véritablement vivifiante des sciences expérimentales.

Pour qu'il puisse avoir, au plus haut degré, ce double caractère indispensable, pour qu'il soit à la fois général et pratique, où convient-il de placer cet enseignement? Deux solutions seulement pouvaient être examinées : la première consistait à le placer dans les lycées et collèges; l'autre, dans les Facultés des sciences.

En faveur de la première de ces solutions, un de nos collègues a fait valoir les raisons suivantes :

L'attribution de l'enseignement nouveau aux lycées et collèges peut seule maintenir l'équilibre du plan d'études secondaires, si sagement organisé en 1890. Ce plan d'études comprend un examen de rhétorique commun à tous, sanction nécessaire des études littéraires; puis, au-dessus de la rhétorique, il devait comprendre trois examens distincts, correspondant aux besoins et aux aptitudes des élèves, lettres philosophies, lettres mathématiques, et une troisième série que l'on avait promis d'organiser : lettres sciences physiques et naturelles.

l'idée d'un anévrysme de la crosse de l'aorte; mais l'absence d'un centre de battements distinct de celui de la pointe, l'absence de tout symptôme de compression des vaisseaux et nerfs du médiastin, les caractères du pouls radial nous font rejeter cette hypothèse.

Mais, s'il n'existe pas d'anévrysme de l'aorte, une dilatation non anévrysmale est indéniable. L'athérome sénile et surtout cette poussée aiguë d'aortite que nous avons signalée ont déterminé ici une augmentation de calibre de l'aorte immédiatement après son origine. Il en résulte un rétrécissement relatif de l'orifice aortique, sans qu'il y ait aucun obstacle au cours du sang comme le montre bien l'étude du pouls. Toutes les conditions nécessaires et suffisantes à la production d'une veine fluide vibrante, et partant d'un souffle, sont réunies.

En même temps que le souffle systolique, cette dilatation aortique détermine par, un mécanisme bien différent, un phénomène extrêmement curieux, d'ordre respiratoire.

Lorsqu'on applique l'oreille au niveau de la zone de matité étendue que je vous ai dessinée à la base du cœur, on entend un bruit *bullaire*, absolument comparable au râle crépitant de la pneumonie, *mais synchrone aux mouvements du cœur et indépendant des temps de la respiration.*

Ce bruit est diastolique par rapport au pouls et au choc systolique de la pointe. Sa chronologie, du reste, est variable, aussi bien que ses autres caractères, et dans plusieurs examens il fut trouvé présystolique ou même systolique, et parfois bisaccadé.

La région thoracique siége de ce bruit est fort étendue. On ne le perçoit pas à la pointe, on l'entend à peine à gauche du sternum. Son maximum occupe l'aire de la matité aortique, et il va en diminuant jusqu'au bord antérieur du creux axillaire droit, où on le perd. En hauteur, il occupe à peu près la moitié supérieure du sternum.

Ce bruit s'entend à toutes les révolutions cardiaques; il est, je le répète indépendant de la respiration, et ne se modifie que très peu pendant l'inspiration et l'expiration forcées.

La position du malade a une plus grande influence, sans qu'elle s'exerce constamment dans le même sens. Entendu d'abord dans la position couchée, le bruit devient plus intense quand on fait asseoir le malade, et s'entend dans des limites plus étendues. D'autre part, il est arrivé, à plusieurs examens, qu'on ne put l'entendre dans la position verticale du thorax. Enfin, des efforts physiques récemment exécutés augmentent l'intensité du phénomène.

L'examen de l'appareil respiratoire, fait à plusieurs reprises, ne révèle rien autre qu'un léger degré d'emphysème pulmonaire d'ailleurs ancien, et sans superposition de bronchite diffuse à l'heure actuelle.

Le bruit curieux dont je viens de vous parler fut entendu pour la première fois à la fin de novembre 1892. Dans le courant de décembre, sans que l'état broncho-pulmonaire du malade se soit modifié sensiblement, le bruit bullaire crépitant était accompagné d'autres bruits, également synchrones aux mouvements du cœur, sifflants et musicaux, véritables sibilances bronchiques naissant et disparaissant sous l'oreille. Depuis cette époque de nombreux examens du malade furent pratiqués, sans que l'on constatât de grands changements. Enfin, le 17 juin dernier le phénomène revêtit un aspect particulier. Le bruit bullaire limité à la base était couvert par des sibilances occupant sous l'oreille presque toute la région thoracique antérieure, aiguës et graves, systoliques et diastoliques, d'une intensité telle qu'elles rappelaient le bruit de tempête que l'on entend parfois chez les malades en état de bronchite aiguë ou au déclin d'accès d'asthme. On les entendait très bien à 0m50 de la poitrine, et par intervalle du pied du lit.

Il n'y avait cependant alors rien de changé à l'auscultation des poumons.

Aujourd'hui, tout est rentré dans l'ordre et vous avez entendu le phénomène dans sa modalité habituelle.

Je vous dois, Messieurs, quelques explications au sujet de l'origine et de la signification de ce bruit.

Il nous paraît hors de doute qu'il s'agit d'un bruit extra-cardiaque pulmonaire. Le siége, les caractères acoustiques, les sibilances concomitantes écartent l'hypothèse de bruits péricardiques.

Il ne s'agit pas non plus certainement ici d'un bruit ayant son siége à l'intérieur de l'aorte. Les caractères que je viens de vous énoncer attestent d'emblée son caractère

---

Le baccalauréat lettres mathématiques convient surtout aux élèves qui se destinent aux Écoles. On n'y a fait qu'une part restreinte aux sciences physiques, et l'on n'y a pas introduit de sciences naturelles. Il résulte de là que, si l'on n'organise pas le baccalauréat ès sciences physiques et naturelles, le plan d'études restera incomplet et les programmes des études secondaires demeureront, sur ce point, inférieurs à ceux des écoles normales primaires.

Ce baccalauréat, qu'on n'a pas encore organisé, ne devait pas répondre aux seuls besoins des futurs étudiants en médecine; il convenait aussi à tous ceux qui n'ont pas besoin d'une culture mathématique très développée, fils d'industriels et d'agriculteurs, et à tous les jeunes gens que leurs aptitudes et leurs goûts portent vers les sciences physiques et naturelles.

Le projet de décret laisse ces dernières sciences, au point de vue de l'enseignement secondaire, dans un état de faiblesse et d'infériorité que l'on ne peut concevoir quand on pense à l'importance qu'elles ont prise dans nos sociétés. Au lycée, on n'enseigne l'histoire naturelle que dans la classe de philosophie et encore d'une manière très élémentaire. A quoi servait-il alors de fonder une agrégation des sciences naturelles?

Le projet de décret constitue un empiétement regrettable de l'enseignement supérieur sur l'enseignement secondaire, parce que les études que l'on veut organiser dans les Facultés des sciences ne peuvent être que secondaires, étant donnée l'instruction scientifique des jeunes gens qu'on y appelle. Tout enseignement supérieur a besoin d'une base solide; c'est l'enseignement secondaire qui doit l'établir.

L'enseignement secondaire a pour but de faire la discipline de l'esprit pour chaque ordre de sciences. Cette discipline de l'esprit s'obtient par la classe et par le devoir, par le contact du professeur et de l'élève. Dans les Facultés, le contact ne pourra être obtenu au même degré, par suite du nombre trop grand des élèves qui pourraient être répartis, d'une manière plus utile, dans les divers établissements de l'enseignement secondaire. Pourquoi l'année de sciences physiques et natu-

respiratoire ; et personne d'entre vous, en auscultant, n'aura d'autre impression que celle-ci : c'est que l'on a affaire à des phénomènes acoustiques suscités dans un parenchyme pulmonaire, modifié d'une certaine façon, par l'expansion des gros vaisseaux qui à chaque systole du cœur, le choquent en opérant leur diastole brusque, et le font de la sorte crépiter ou siffler un instant. Il faut bien distinguer ces phénomènes acoustiques exceptionnels et tout à fait insolites d'un autre que je vous ai déjà maintes fois signalé à propos de certaines malades chlorotiques. Chez elles, il n'est pas rare d'entendre, au foyer des bruits aortiques et un peu au-dessus de lui, le long de l'aorte et de la pulmonaire, une sorte de crépitation particulière, mais cette fois, intimement mêlée au souffle liquidien caractéristique de la chlorose. Ce dernier prend dans ce cas un caractère granuleux, presque bulliforme, que je rapporte aux vibrations multiples de la veine fluide surajoutées au souffle fondamental bien connu.

Nous avons fait quelques recherches bibliographiques, et les seules observations que l'on puisse rapprocher de la nôtre se trouvent dans le *Traité pratique d'auscultation*, de Barth et Roger. (1887, p. 479 et s. q.).

Ces auteurs désignent ce phénomène sous le nom de « râles pulsatiles ». Dans un passage cité par eux, Laënnec s'exprime ainsi : « La pression exercée par la diastole du cœur sur le poumon peut déterminer une crépitation dans le cas d'emphysème pulmonaire ou interlobulaire, et souvent une variété de râles muqueux quand il y a un peu de mucosités dans les bronches. »

Choyau (Th. de Paris, 1869) rapporte deux observations de jeunes garçons atteints de fièvre typhoïde et chez lesquels l'auscultation révélait des râles synchrones à chaque systole cardiaque.

Il est également assez fréquent de rencontrer, chez les tuberculeux, des bruits pulmonaires déterminés par les mouvements d'ampliation et de retrait du cœur et des grosses artères au voisinage de cavernes ou d'un pneumothorax : on en trouverait dans la littérature médicale d'assez nombreuses observations.

Nous avons encore trouvé dans Barth et Roger deux observations personnelles de « râles pulsatiles cardiaques » et deux observations de bruits anormaux déterminés dans le poumon par les pulsations de l'aorte thoracique descendante.

Quant à la physiologie pathologique du bruit que nous venons d'étudier, elle est sans doute fort analogue à celle que l'on admet généralement à la suite des travaux de M. le professeur Potain et de ses élèves pour expliquer les souffles extra-cardiaques systoliques ou diastoliques. Nous pouvons, je pense, la concevoir de la façon suivante :

L'aortite aiguë puis chronique, dont fut atteint notre malade, détermina en même temps qu'une dilatation de l'aorte, une médiastinite chronique scléreuse qui ne manque à peu près jamais à l'autopsie dans des cas semblables. Des lames pulmonaires ont été fixées par l'inflammation pleurale circonvoisine derrière le sternum au voisinage de l'aorte, et sont aussi séparées de l'oreille par une certaine épaisseur d'un tissu densifié. Dans ces conditions, le mouvement du sang dans l'aorte détermine à chaque révolution cardiaque une ampliation et un retrait successifs. A chaque retrait diastolique, il se produit un vide brusque dans la lame pulmonaire adjacente et le bruit d'expansion vésiculaire ainsi produit, est tranemis à l'oreille avec un caractère bullaire dû à l'interposition d'une masse dense, l'aorte et le médiastin densifié. C'est, en somme, le même mécanisme que celui par lequel on explique à peu près unanimement aujourd'hui la production du râle crépitant de la pneumonie.

De temps en temps, l'état catarrhal des bronches engagés et contenues dans la lame pulmonaire fixée, peut donner lieu à des sibilances d'intensité naturellement proportionnelle à celle du catarrhe bronchique, et disparaissant totalement par intervalles avec lui. Ce phénomène est tout à fait comparable à celui qui consiste dans la réapparition, à propos d'une bronchite par exemple, de foyers de râle crépitant dans certains points du poumon qui ont été antérieurement le siège d'une densification, d'un ilot de broncho-pneumonie grippale notamment. Un léger œdème ou même la simple congestion catarrhale font alors renaître les râles, toujours au même lieu jadis intéressé, chez un même individu. On pourrait alors croire au début d'un foyer limité de broncho-pneumonie ; mais la tempéra-

---

relles n'a-t-elle pas produit de meilleurs résultats dans les Facultés de médecine? Parce que les élèves y étaient trop nombreux. Il en sera de même dans les Facultés des sciences.

D'autre part, croit-on que les familles accepteront avec faveur le régime proposé? Non pas seulement parce qu'il soustraira trop tôt les jeunes gens à l'influence si bienfaisante et si nécessaire des lycées, mais parce qu'il augmentera les sacrifices pécuniaires qu'elles auront à faire. A ce point de vue, le projet n'est pas démocratique.

Au point de vue financier, le projet est aussi désavantageux. C'est dans l'enseignement secondaire que l'enseignement projeté pourrait être organisé aux moindres frais. Un certain nombre de professeurs n'atteignent pas le maximum d'heures de services qui leur est imposé par les règlements. En complétant leur service, en attribuant aux autres des heures supplémentaires, la dépense serait minime.

Ce personnel est tout prêt. Il demande l'enseignement en question, parce qu'il sent qu'il peut s'en acquitter à son honneur et parce qu'il sent aussi que la tâche qui lui est laissée aujourd'hui n'est pas en rapport avec les grades que l'on exige de lui. Aurait-on de la défiance à son endroit? Les résultats qu'il obtient dans la préparation aux écoles suffiraient à répondre.

Ce projet est donc nuisible à l'enseignement secondaire, parce qu'il décapite une de ses branches les plus importantes et aussi parce qu'il lui refuse une arme puissante contre la concurrence qui lui est faite. Beaucoup d'élèves de l'enseignement libre viennent chercher l'enseignement scientifique dans les lycées. Y organiser l'enseignement des sciences physiques, ce serait fournir à nos établissements un nouveau moyen de propagande universitaire.

Enfin le projet de décret est une première brèche à l'enseignement secondaire. N'est-il pas à craindre que plus tard on n'en fasse d'autres? Ne songera-t-on pas à transporter, dans les Facultés, les classes de mathématiques spéciales et de philosophie?

Telles sont, résumées aussi fidèlement et aussi complètement

ture et les autres signes et symptômes caractéristiques font défaut, et les bruits anormaux trompeurs ne tardent pas à disparaître avec l'indisposition légère qui avait produit leur reviviscence. Tous ces faits sont très instructifs quand bien même ils semblent de prime abord n'avoir que la valeur de simples curiosités cliniques. Leur connaissance exacte permet en effet d'éviter des erreurs totales ou partielles de diagnostic et il me semble que l'École des diagnostics exacts est aussi celle des pronostics vérifiés, et des indications thérapeutiques légitimes, c'est-à-dire les seules efficaces.

PATHOLOGIE MÉDICALE

NOTE SUR UN CAS D'ÉROSIONS HÉMORRHAGIQUES DU DUODÉNUM,

Par MM. Pilliet et Deny (1).

L'érosion hémorragique de l'estomac est une lésion qui a été signalée et décrite comme l'ulcère rond, dont elle semble n'être qu'une miniature, par Cruveilhier dans son *Anatomie pathologique du corps humain*. On la rencontre dans un certain nombre de gastrites, sous forme de petites ulcérations cupuliformes, à fond rosé. Elles ont été étudiées depuis par un certain nombre d'auteurs et leur histologie est aujourd'hui connue. On sait qu'elles résultent de l'action du suc gastrique sur les villosités stomacales infiltrées de cellules rondes au cours d'une gastrite quelconque et transformées en bourgeons charnus que le revêtement de cellules muqueuses ne suffit plus à protéger. Il se forme ainsi une petite escbare vite digérée et dont la chute laisse à nu les culs-de-sac des glandes et les capillaires béants des villosités. Aussi, quelque faibles que soient ces érosions, elles peuvent donner lieu à des hémorragies très abondantes quand elles sont nombreuses. Elles peuvent passer inaperçues et l'autopsie ne révélant ni cancer, ni ulcère rond, ni lésion de gros vaisseaux, la provenance du sang contenu dans l'estomac reste difficile à établir. L'un de nous a rapporté une observation d'éclampsie qui est démonstrative à cet égard (1).

(1) Soc. de Biologie, 22 juillet 1893.

Dans l'observation dont nous présentons aujourd'hui le résumé à la Société, les érosions hémorragiques siégeaient non dans l'estomac, mais dans la première partie du duodénum, et avaient donné lieu à des troubles assez graves pour entraîner la mort.

Observation (M. Deny). — *Folie à double forme : démence maniaque.*

Ch... est un homme très grand et très vigoureux, il est âgé de 58 ans, et n'a pas quitté la Sûreté de l'hôpital de Bicêtre depuis l'année 1880.

Atteint depuis sa jeunesse de folie à double forme, il a fait un premier séjour à Bicêtre, en 1852, à l'âge de 17 ans, puis y est rentré à diverses reprises, toujours pour les mêmes accès mélancolico-maniaques. Entre temps, il a fait, au dire de sa femme, de nombreux excès alcooliques. Son père et un de ses frères étaient également alcooliques.

Depuis plusieurs années, ce malade était continuellement excité et présentait tous les caractères de la démence maniaque.

Le 15 mai dernier, Ch... fut pris subitement d'un évanouissement et s'affaissa dans le préau où il était avec d'autres malades. Quand on le releva, à peu près sans connaissance, et qu'on voulut le faire marcher pour gagner son lit, on s'aperçut que du sang découlait de son pantalon. Arrivé à son lit, il vomit du sang rutilant à pleine bouche et perdit complètement connaissance. En le déshabillant, on s'aperçut qu'il perdait également du sang par l'anus. Une demi-heure après, nouvelle hématémèse avec selle sanguinolente.

Le reste de la journée se passa sans nouvelle hémorragie. On avait appliqué de la glace sur le ventre et pratiqué plusieurs piqûres d'ergotine.

Dans la nuit du 15 au 16, il y eut plusieurs selles composées de matières teintées de sang.

Le 16 au matin, on trouva Ch... en train de fumer sa pipe, il ne se rend aucun compte de ce qui lui est arrivé la veille,

(1) Pilliet. *Études d'histologie sur l'érosion hémorragique de la muqueuse de l'estomac dans les gastrites.* (Société anatomique, 892, p. 693).

---

que possible, les observations présentées en faveur de la première solution.

Avant d'aborder les raisons invoquées en faveur de l'autre solution, il importe de relater un certain nombre d'observations et de déclarations préjudicielles.

Tout d'abord, il ne s'agit, en aucune façon, de décapiter l'enseignement secondaire. Pour le décapiter, il faudrait lui enlever quelque chose. Or, que lui enlève-t-on? Rien. Où sont les élèves en question? Dans l'enseignement supérieur. On propose simplement de les faire passer de la Faculté de médecine à la Faculté des sciences. Élèves de l'enseignement supérieur, ils restent élèves de l'enseignement supérieur.

On ne saurait donc parler de brèche faite à l'enseignement secondaire. Par suite, la crainte exprimée au sujet des classes de philosophie et de mathématiques spéciales est chimérique. D'ailleurs, sur ce point, l'Administration a fait les déclarations les plus nettes et les plus énergiques. Non seulement elle n'a jamais songé à transporter les classes de philosophie et de mathématiques spéciales des lycées aux Facultés, mais elle a déclaré qu'un tel projet serait une véritable folie, plus dangereuse pour l'enseignement supérieur que pour l'enseignement secondaire lui-même.

Il ne s'agit pas davantage d'abaisser, pour les futurs étudiants en médecine, l'âge auquel ils passent des lycées dans l'enseignement supérieur. Cet âge sera demain ce qu'il était hier. C'est seulement une fois leurs études secondaires terminées, une fois la philosophie faite, une fois bacheliers, que les jeunes gens seront admis à la Faculté. La seule différence est, pour la première année, une différence de lieu, Faculté des sciences et non plus Facultés de médecine; ce n'est pas une différence d'âge.

Il ne s'agit pas davantage d'augmenter les dépenses des familles. En fait, votre Commission de médecine l'a établi de la manière la plus probante, la durée des études ne sera pas accrue. Je ne saurais mieux faire que de m'en référer sur ce point à ce que vous venez d'entendre.

ne souffre nullement et demande à manger. On l'oblige avec beaucoup de difficulté à garder le lit et on lui prescrit le régime lacté absolu.

Le 17, en examinant les selles rendues, on y trouva cinq corps étrangers, gros comme des mandarines, qui, après lavage, furent reconnus pour de la laine provenant du matelas du malade.

Du 17 au 22 mai, l'état de Ch... est très satisfaisant, mais le 22 au matin il est pris subitement d'une nouvelle hématémèse, il perd une quantité de sang rouge qu'on évalue à 1 litre. On fait une nouvelle application de glace et on pratique plusieurs piqûres d'ergotine.

Malgré ce traitement, le malade a encore plusieurs selles sanglantes; le soir, une nouvelle hématémèse se déclare et la mort a lieu le 23 au matin.

A l'autopsie, on trouve l'estomac et le duodénum rempli d'énormes caillots de sang; on constate en outre, au niveau de la deuxième portion, un amincissement des tuniques intestinales qui paraissent réduites à un simple feuillet séreux.

L'examen direct montre quelques érosions hémorragiques dans la portion pylorique de l'estomac, mais le duodénum en était particulièrement criblé. A l'examen histologique, la muqueuse de la région pylorique montre des glandes réduites, très courtes, non pelotonnées, et des villosités allongées et renflés en massue. Il y a donc une gastrite chronique évidente. Les érosions présentent leur caractère habituel. Le duodénum montre également l'atrophie des glandes et l'allongement des villosités. Les érosions sont comme découpées à l'emporte-pièce dans la muqueuse, les capillaires sectionnés net dans chaque villosité, par suite du détachement de l'eschare, comme si l'abraison avait été faite avec un instrument tranchant. Le processus pathologique débute évidemment par la surface de la muqueuse, car les glandes de Brunner situées sous la musculaire muqueuse ne présentent pas même de traces d'inflammation. Il s'agit donc bien d'érosions hémorragiques multiples, superficielles, ayant déterminé des pertes de sang abondantes et siégeant surtout dans le duodénum.

Réflexions. — 1° Au point de vue pathogénique, il importe de faire remarquer que le malade était interné depuis douze ans et que l'alcoolisme doit être éliminé comme facteur d'un processus aussi aigu. Il faudrait plutôt incriminer les corps étrangers difficiles à éliminer et très probablement septiques, tels que la laine des matelas d'hospice que le malade avalait;

2° Au point de vue anatomo-pathologique, il est important de constater dans le duodénum l'existence de lésions tout à fait semblables à celles que l'on observe dans l'estomac. L'étude de l'ulcère rond nous montre le même fait. La raison en est aisée à comprendre. C'est le suc gastrique dans l'estomac, c'est le mélange de ce suc au suc pancréatique versé dans le duodénum qui attaquait dans ces deux segments du tube digestif les portions de la muqueuse nécrosée par les processus inflammatoires ou toxiques, et donnent ainsi un air de famille aux lésions ulcératives de l'estomac et de l'intestin;

3° Au point de vue clinique enfin, il n'est pas inutile de constater que les érosions hémorragiques peuvent déterminer des pertes de sang considérables que l'on est porté à attribuer à des ulcérations plus étendues, ce qui peut conduire à des erreurs de diagnostic.

CLINIQUE CHIRURGICALE

STATISTIQUE ET OBSERVATIONS DE CHIRURGIE HOSPITALIÈRE,

Par le Dr POLAILLON,

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu, professeur agrégé à la Faculté, Membre de l'Académie de médecine.

(Suite) (1).

b. MALFORMATIONS CONGÉNITALES (2).

XXIV. *Malformation des orteils.*

2 cas { 1 homme, 1 opéré, 1 guéri. / 1 femme, 1 non opéré, 1

OBS. 71. — *Malformation du quatrième orteil.* — M..

(1) Voir la *Gazette médicale* depuis le n° 13, 1893.

(2) Quelques pieds bots congénitaux du chapitre précédent rentrent dans cette catégorie.

Enfin, il ne s'agit pas non plus de contester la compétence des professeurs de l'enseignement secondaire. Elle est hors de cause comme elle est hors de contestation. Presque tous les professeurs de Faculté ont été professeurs de lycée; ils s'en souviennent et s'en honorent. A leurs yeux, l'enseignement public est un et il ne peut y avoir entre les divers ordres d'enseignement d'autre rivalité que celle du bien public.

Ces remarques faites, nous pouvons aborder les arguments qui ont déterminé l'adhésion de votre Commission.

La vraie question, l'unique question, est d'organiser le nouvel enseignement dans les conditions les plus favorables à son succès, à l'intérêt des études et au bien du pays.

Pour la résoudre, ce n'est pas définitions abstraites qu'il faut procéder. Où commence l'enseignement secondaire, où finit-il? Où commence l'enseignement supérieur? On peut faire à ces questions des réponses théoriques différentes. D'une manière générale, comme l'a fait remarquer un de nos collègues, ce qui caractérise l'enseignement supérieur, ce ne sont pas les matières enseignées, ce sont les méthodes. Des matières fort élémentaires seront légitimement un objet d'enseignement supérieur, si elles sont enseignées par ces méthodes qui apprennent à l'élève à se rendre compte par lui-même. Or, tel doit être le caractère de l'enseignement que nous demandent les Facultés de médecine. Elles réclament des étudiants qui à des connaissances théoriques joignent une certaine pratique des expériences et des manipulations, c'est-à-dire des procédés qui seuls apprennent à se rendre compte des phénomènes, à les vraiment comprendre.

D'ailleurs, dans ces sortes de questions ce ne sont pas seulement les idées théoriques, ce sont surtout les faits qui doivent nous guider. On juge les choses par leurs résultats; on ne peut prévoir les résultats; que par les faits.

Recherchons donc, d'après les faits, de quel côté, lycée ou Faculté des sciences, il y a lien d'attendre les meilleurs résultats.

(*A suivre*).

(Emma), âgée de 27 ans, couturière, entre dans mon service, le 12 novembre 1884, pour une entorse tibio-tarsienne à droite. Le 4e orteil de son pied gauche, plus petit qu'à l'état normal, était implanté en arrière des autres orteils, sur la face dorsale du 4e métatarsien. Il semblait que cet orteil avait subi une luxation complète en haut.

Cette difformité était congénitale. Elle ne gênait en rien la malade. Par suite, aucune opération n'était indiquée.

Obs. 72. — *Malformation du gros orteil* (Présentation du malade à la Société de chirurgie le 6 juin 1883, Bulletin, p. 491.) — Le nommé R... (Emile), âgé de 20 ans, journalier, entre à la Pitié le 4 mai 1883.

Il portait, sur le bord interne du pied gauche, un gros orteil difforme et articulé perpendiculairement à la direction du 1er métatarsien. Cet os, qui est un peu plus volumineux que celui du côté opposé, se terminait en avant par une extrémité arrondie, comme s'il y avait eu une désarticulation du gros orteil. Le gros orteil, au lieu de continuer la direction du métatarsien, s'implantait à angle droit sur la face interne de la tête articulaire. Il avait une configuration anormale : sa première phalange étant implantée perpendiculairement au métatarsien, sa deuxième phalange s'articulait à angle droit avec la première et se dirigeait d'avant en arrière parallèlement au premier métatarsien.


FIGURE 3. Malformation du gros orteil (dessin par M. Caussade.)

On pourrait croire que cette disposition a été produite peu à peu, depuis l'enfance, par une chaussure mal faite, qui aurait déjeté l'orteil en dedans et aurait en même temps infléchi sa dernière phalange en arrière. Mais il n'en est rien, car la malformation existait depuis la naissance. En outre, sur la face postérieure de l'orteil anormal, et séparé de lui par une dépression cutanée, on trouvait un autre orteil surnuméraire, petit et atrophié.

Ces deux orteils, soudés l'un à l'autre, jouissaient de mouvements de flexion du côté de la face plantaire et de mouvements d'extension qui les redressaient sur le bord interne du pied. La peau qui les recouvrait, possédait la sensibilité commune.

Ils constituaient une difformité extrêmement gênante pour la marche. Cette gêne avait augmenté avec l'âge. Dans ces derniers temps, une marche un peu prolongée devenait impossible et occasionnait des douleurs dans le pied et dans la jambe.

Les parents d'Emile R... ne présentent aucune malformation. Son pied droit est bien conformé, ainsi que les quatre derniers orteils du pied gauche. Notons, sans y attacher de l'importance, qu'il attribue sa malformation à ce que sa mère, étant enceinte de lui, a été serrée entre une voiture et la devanture d'un magasin.

L'opération, faite le 12 mai 1883, a été des plus simples. Une incision dorsale et une incision plantaire circonscrivent les orteils à enlever. La désarticulation se fait ensuite avec une grande facilité, en laissant les os sésamoïdes. Suture métallique, drain. Guérison par première intention.

Examen des orteils enlevés. La peau qui les recouvre est épaisse, calleuse. Un ongle bien formé existe sur la face dorsale de la phalangette. Le panicule graisseux de la face plantaire est abondant.

Le gros orteil est pourvu de deux tendons, un extenseur et un fléchisseur. Ceux-ci présentent, tous les deux, le même trajet et la même disposition : arrivés à l'extrémité antérieure du premier métatarsien, ils s'infléchissent en dedans, s'attachant par une expansion à l'extrémité antérieure de la première phalange, puis se coudent une seconde fois pour aller s'attacher à la deuxième phalange. Ils agissent sur les phalanges à la manière d'un fil de sonnette.

L'articulation métatarso-phalangienne a la disposition normale. Elle est seulement située sur le côté de la tête métatarsienne. L'articulation phalangienne est déformée.

L'orteil surnuméraire est représenté par une phalange aplatie, de forme triangulaire, longue de deux centimètres, dont la base est réunie par des tissus fibreux à la seconde phalange du gros orteil, et dont l'extrémité porte l'insertion d'un tendon, qui représente un muscle extenseur.

OPÉRATIONS SUR LE PIED.

XXV. — *Évidements, grattages, extractions de séquestres.*

13 opérations.

7 hommes : 4 guérisons, 1 amél., 1 non guéri, 1 décès (1).
6 femmes : 3 — 1 — 0 — 2 —

Presque toutes ces opérations ont été faites pour des ostéo-arthrites suppurées, très étendues, de nature tuberculeuse. Je n'ai relevé que 1 cas dans lequel la maladie paraissait avoir pour origine une ostéo-myélite phlegmoneuse, et 2 cas dans lesquels un traumatisme antérieur paraissait avoir été l'origine de l'ostéo-arthrite.

10 fois la maladie siégeait sur le tarse, et 3 fois sur le métatarse et les phalanges.

Les opérations ont consisté, selon les cas, à enlever les séquestres, à faire le curettage des foyers fongueux, à évider un ou plusieurs des os du tarse, souvent à cautériser la cavité avec le fer rouge ou le chlorure de zinc. La plupart de ces opérations ont été très sérieuses et très étendues.

7 opérés ont guéri.

2 ont été améliorés, conservant une fistule.

1 n'a retiré aucun bénéfice. Le mal a continué à progresser et j'ai dû pratiquer l'amputation intra-malléolaire du pied (obs. Sédillot).

3 opérés sont morts. Leur décès, survenu plus ou moins tardivement, ne peut être mis sur le compte de l'acte opératoire, mais doit bien évidemment être attribué aux pro-

(1) Causé par la maladie primitive.

grès de la maladie primitive, c'est-à-dire de la tuberculose (obs. 38, 39, 41).

La durée moyenne du traitement, depuis le jour de l'opération jusqu'à la sortie de l'hôpital, a été de trente-sept jours.

XXVI. — *Résections articulaires des phalanges et des métatarsiens.*

10 cas { 9 hommes, 9 guéris, { 0 mort. 1 femme, 1 —

Les lésions, qui ont rendu ces opérations nécessaires, sont:

3 arthrites tuberculeuses suppurées.
1 ostéo-arthrite avec nécrose chez un athéromateux.
2 fractures comminutives.
1 luxation irréductible du gros orteil (obs. 12).
3 orteils en marteau (obs. 63, 64).

Quant à la nature de la résection, je compte : 4 résections des articulations phalangiennes, 5 résections des articulations métatarso-phalangiennes, 1 résection de l'os sésamoïde interne du gros orteil (obs. 12).

La durée moyenne du traitement, depuis le jour de l'opération jusqu'à la sortie de l'hôpital, a été de vingt et un jours pour les résections phalangiennes et de trente-sept jours pour les résections métatarso-phalangiennes.

La cicatrisation s'est faite par réunion immédiate chez 8 opérés. 2 fois la plaie a suppuré, laissant, dans 1 cas, une fistule que j'ai dû cautériser avec une petite flèche de pâte au chlorure de zinc.

XXVII. — *Extirpation des os du tarse.*

4 cas { 1 homme, 1 guéri, 0 mort. 3 femmes, 1 — 2 —

La cause de ces extirpations a été le traumatisme dans 2 cas, la tuberculose dans les 2 autres cas.

Les 2 extirpations à la suite de traumatisme ont porté sur l'astragale. Il s'agissait de deux femmes qui avaient une luxation du pied avec large plaie et fracture du péroné. L'une des opérées a guéri, l'autre, qui était atteinte d'albuminurie, a succombé à une pneumonie septicémique. J'ai déjà signalé ce fait dans la statistique des luxations du pied. Je le rapporte ici avec plus de détails (obs. 73.)

Obs. 73. — *Luxation complète du pied en dehors; large plaie avec fracture de la malléole externe; extirpation de l'astragale; albuminurie; pneumonie septique; mort.* — La nommée B... (Émélie), âgée de 50 ans, exerçant la profession de journalière, est apportée à la Pitié le 7 mai 1883.

On n'a pas de renseignements sur ses antécédents.

Pendant la nuit, vraisemblablement après des excès alcooliques, elle est tombée dans un escalier. Elle essaya de se relever, mais ne put y parvenir et resta sans secours pendant plus d'une heure.

A l'hôpital on constate, au niveau de la malléole interne du pied droit, une plaie par où font issue, d'une part, la mortaise péronéo-tibiale (le corps de ces os est intact), d'autre part, l'astragale et une partie du calcanéum. Le pied est luxé en dehors à angle droit. Hémorrhagie peu abondante. Réduction absolument impossible

L'état général est satisfaisant, mais il y a une grande surexcitation alcoolique.

Anesthésie par le chloroforme. Extirpation de l'astragale, qui ne tient plus que par quelques débris ligamenteux. Lavage phéniqué, réduction, 2 points de suture et drain. Pansement de Lister ; appareil plâtré.

Le 7 mai, soir. 39°, langue un peu sèche.

Le 8 mai. Malgré le sulfate de quinine par prises de 0 gr. 15 de trois en trois heures, le soir 39°,7.

Pansement, rien de particulier.

Le 9. Les sutures, qui n'ont pas pris, sont enlevées. Langue sèche; faciès terreux. Petite quantité d'albumine dans l'urine, pas de sucre. Sulfate de quinine 0 gr. 10 toutes les deux heures, 2 verres d'eau de sedlitz.

Le 10. Nouveau pansement. Eschare superficielle et phlyctènes à la face antérieure de la jambe. Le soir, fièvre presque tombée, le sulfate de quinine est continué.

Le 11. Pas de pansement. Fièvre modérée, cependant le faciès est peu satisfaisant. Langue toujours sèche.

Les 12, 13 et 14, 38°,2; 38°,5 le matin, le soir 40°.

Le 15. Fusée purulente à la face externe de la jambe. Ouverture au thermocautère.

Le soir, fièvre moins vive. Toux ; pas d'expectoration ; matité sous la clavicule droite; râles crépitants et sous-crépitants disséminés; pas de souffle.

Le 16. L'exaspération fébrile vespérale fait défaut.

Le 17. Faciès grippé et plombé avec plaques cyaniques, subdelirium continu. Ecchymoses sous-cutanées aux deux membres inférieurs indiquant des embolies. Respiration anxieuse.

Mort dans la soirée.

Autopsie, 19 mai.

Cœur flasque, pas d'atérôme, ni de lésions valvulaires, caillot agonique dans le cœur droit.

Poumon : congestion généralisée du poumon gauche, avec points de splénisation. *A droite*, pneumonie massive à l'état d'hépatisation grise du lobe supérieur. Dans le lobe inférieur, mélange de congestion et de splénisation. En aucun point du poumon ni infarctus, ni abcès métastatiques.

Foie gras ; pas d'abcès métastatiques, non plus que dans la rate.

Reins. Apparence normale.

Pied. Fusée purulente dans la gaine des périoniers remontant jusqu'au tiers supérieur de la jambe.

Tendons exfoliés, baignant dans le pus.

Tibia et péroné intacts, sauf en deux points, où la substance osseuse fait défaut par arrachement des ligaments.

Dans la cavité de la plaie, trois à quatre petits débris osseux Un morceau de la tête de l'astragale adhère par un faisceau ligamenteux au scaphoïde.

Le tiers inférieur de la grande apophyse du calcanéum est détachée.

Le pus baigne les surfaces articulaires antérieures des cunéiformes et du cuboïde.

On a recherché dans les urines la présence de l'acide phénique, afin de savoir s'il n'y avait pas eu un certain degré d'intoxication par cette substance. Mais les réactifs ont démontré l'absence de la moindre trace d'acide phénique.

La malade, qui était alcoolique et albuminurique, a succombé à une pneumonie septique, développée sous l'influence du traumatisme accidentel et du traumatisme opératoire.

Les deux extirpations nécessitées par la tuberculose ont porté l'une sur le calcanéum, l'autre sur le cuboïde. La première avait réussi comme opération, mais l'opérée est morte de méningo-encéphalite tuberculeuse plus de quatre mois après son opération (obs. 40).

La seconde, extirpation du cuboïde, n'a donné qu'un succès momentané. Au bout de sept mois et demi, il restait encore une fistule; le pied était fortement déjeté en dehors et ne pouvait servir pour la marche. Le patient, nommé G... (Charles), âgé de 48 ans, mécanicien, a dû rentrer dans mon service pour une récidive de l'affection tuberculeuse dans le tarse. J'ai été obligé de lui amputer le pied quelque temps après (obs. 120).

XXVIII. — *Ostéotomie.*

1 cas — 1 femme guérie.

Obs. 74. — *Consolidation vicieuse d'une fracture du 2e métatarsien, ostéotomie cunéiforme, guérison* (déjà citée obs. 4). — D... (Elise), âgée 16 ans, domestique, entre le 29 septembre 1884 à l'hôpital de la Pitié, pour une douleur du pied droit, que l'on considéra comme une entorse. Quelques jours auparavant, son pied ayant glissé sur un caillou, elle fit un faux pas et ressentit une vive douleur. Cependant elle put rentrer chez elle, en marchant sur le talon pour éviter le contact de la plante du pied avec le sol.

A l'hôpital, on constata du gonflement sur le dos du pied, de la douleur dans la région du 2e métatarsien, de l'ecchymose; mais on ne trouva aucun signe certain pouvant mettre sur la voie d'une fracture.

La fracture fut donc méconnue pendant quinze jours, jusqu'au moment où, le gonflement ayant disparu, on put sentir un cal très net sur le milieu du 2e métatarsien.

La fracture était déjà vicieusement consolidée. Le fragment antérieur s'était incliné en bas formant un angle droit avec le fragment postérieur, de sorte que la tête du métatarsien et l'orteil correspondant appuyait douloureusement sur le sol pendant la marche. La malade ne pouvait marcher qu'en se portant sur le talon et en relevant la pointe du pied.

Je lui proposai de remédier à cet état en redressant le métatarsien par une ostéotomie.

Le 18 novembre, la malade est endormie par le chloroforme et le membre ischémié avec la bande d'Esmarch. Je pratique, sur la face dorsale du 2e métatarsien, une incision de 4 centimètres. Après avoir fait écarter le tendon de l'extenseur, j'arrive sur le cal vicieux. Avec un ciseau ordinaire, j'enlève un coin d'os sur la saillie formée par les deux fragments. Le métatarsien est aussitôt redressé. Quelques points de suture cutanée, un pansement de Lister et un appareil plâtré complètent l'opération.

Le 23 décembre, l'appareil plâtré fut enlevé. L'os était consolidé dans une bonne position.

Le 7 janvier, Elise D... marchait très bien et sortait de l'hôpital.

(*A suivre.*)

BULLETIN

Le Congrès de la tuberculose vient de prendre fin, mais on ne peut savoir encore s'il produira des résultats durables, et s'il sera le point de départ d'un progrès réel en ce qui concerne la prophylaxie d'une maladie qui mérite la sollicitude des législateurs autant que les méditations des hommes de science. Pourtant nous avons entendu des savants autorisés exprimer l'espoir que les mesures récemment adoptées pourraient, dans un avenir prochain, atteindre une partie de leur but qui est la destruction sur place, partout où on peut les rencontrer, des germes créateurs et propagateurs de la maladie. M. Armaingaud est entré à ce sujet dans des considérations intéressantes et a fait ressortir l'utilité de la ligue fondée avec l'initiative et sous le patronage éclairés de M. Verneuil. Notre confrère de Bordeaux, qui a pris une part active à la formation de cette ligue, était spécialement compétent pour en parler, et les assurances qu'il a donné à ce sujet peuvent être acceptées comme une promesse de future réalisation. Nous savons par exemple que les procédés simplement prophylactique de désinfection ont été vulgarisés par les soins d'un comité qui s'est fait, dans cette circonstance, l'éducateur bénévole d'un public longtemps réfractaire aux conseils des hommes du métier. Déjà les précautions instituées semblent avoir produit quelques bons effets vis-à-vis des agglomérations où s'accumulent les tuberculeux, dans les hôpitaux, les stations hivernales, les sanatoria. Dans ces derniers notamment, au dire de M. de Valcourt, les précautions hygiéniques sont observées avec plus de soin que partout ailleurs. Mais nous sommes encore loin de compte, et il se passera des années avant que les mesures prophylactiques, en matière de contagion tuberculeuse, aient pris force de loi.

M. Landouzy a signalé un des desiderata qui existent dans cet ordre d'idées, en indiquant la nécessité d'étendre l'obligation de la désinfection aux chambres des hôtels des grands centres, lesquelles, en dépit de leur élégance et de leur confortable apparents, ne constituent pas moins un danger réel de contagion pour les voyageurs, qui viennent souvent y prendre à leur insu la succession de malades tuberculeux. Il a été jusqu'à proposer la déclaration obligatoire en pareil cas, à l'exemple de ce qui se pratique en Italie et en Espagne depuis plus d'un siècle. Il y a certainement là l'indication d'une voie à suivre, sans que d'ailleurs on puisse se dissimuler les obstacles de toute nature auxquels les exécuteurs de la loi se heurteraient dans l'application.

L'accord est plus facile en ce qui concerne les moyens proposés à l'effet de recourir aux inconvénients de l'hospitalisation des tuberculeux. Il est reconnu par tous, et c'est même là une vérité absolument banale, que le séjour de cette catégorie de malades dans les hôpitaux ordinaires favorise la dissémination du germe bacillaire, et qu'elle produit des contaminations par contact direct et prolongé des hospitalisés entre eux: ensuite, que dans de pareilles conditions d'agglomération le mal n'est guère susceptible d'amélioration, mais plutôt sujet à s'aggraver et à subir des poussées qui activent l'évolution de ses phases naturelles. Tout au plus peut-on faire exception pour certains hôpitaux placés sur la lisière des grandes villes, moins soumis à l'agglomération et mieux aérés. Il y aurait donc un intérêt majeur à faire cesser un état de choses qui annihile pour ainsi dire par avance tous les efforts de l'art de guérir. L'idée, plusieurs fois exprimée déjà, de mettre les tuberculeux à part, de soustraire les autres malades à leur contact, idée qui est corrélative du projet de création d'hôpitaux suburbains, cette idée a été reprise au Congrès par M. H. Petit, et appuyée par MM. Hayem et Clado. Tous ceux qui ont

un peu d'expérience en la matière lui donneront leur adhésion, sans pour cela se faire trop d'illusions sur l'accomplissement d'une réforme qui implique avant tout une question budgétaire. C'est presque dire que l'on se trouve en face d'une impossibilité !

— La méthode des injections sous-cutanées de suc testiculaire, inaugurée par M. Brown-Séquard, a déjà fourni matière à bien des communications et à bien des polémiques. La presse médicale nous apporte encore journellement des faits qui sont, tantôt une véritable critique de la méthode, tantôt un véritable plaidoyer en sa faveur. Il fallait s'attendre à ce désaccord, dans lequel on aurait tort de voir un commencement de discrédit, encore moins une condamnation définitive.

Néanmoins, les faits négatifs se sont accumulés depuis quelque temps, circonstance qui justifie assez l'hésitation des uns et les cepticisme des autres. C'est ainsi que récemment, au Congrès de Besançon, M. le Dr Baudin a fait connaître les résultats d'une série d'injections (près de 4,500) pratiquées sur 200 malades. Cette statistique n'est guère encourageante, car notre confrère a noté des effets à peu près nuls dans plus de la moitié des cas, des effets légers et passagers dans la plupart des autres, et dans un petit nombre seulement, presque à l'état d'exception, des effets réellement appréciables et durables. Pourtant notre confrère n'a pas conclu positivement dans un sens défavorable à la méthode : il a même écarté l'hypothèse d'auto-suggestion comme inapplicable aux malades réellement améliorés, restriction qui implique de sa part un reste de foi dans la puissance et l'efficacité du moyen. Quoiqu'il en soit, il y a de par ces faits matière à réserves en ce qui concerne l'interprétation des résultats fournis par les injections brown-séquardiennes. Evidemment, nous n'avons pas le dernier mot sur la valeur de celle-ci, nous ne connaissons pas suffisamment leur mode d'action, nous ne sommes pas encore en mesure de catégoriser toutes les indications et tous les cas auxquels elles peuvent répondre. Il reste sur ce point des inconnues que seule l'expérimentation ultérieure pourra dégager et résoudre. D'ailleurs, on aurait tort d'oublier ici que la valeur thérapeutique d'une méthode ne se mesure pas toujours à ses résultats immédiats et que le temps, la pratique ont plus d'une fois consacré des tentatives jugées d'abord comme de simples réclames ou rejetées comme de téméraires innovations.

P. M.

JURISPRUDENCE MÉDICALE

LIMITES DU PRIVILÈGE DU MÉDECIN EN CAS DE FAILLITE DU CLIENT (1).

Voici l'exposé sommaire des faits : Mme X... subit, en décembre 1891, une hystérectomie vaginale pour épithélioma de l'utérus, guérison opératoire ; récidive ayant débuté en mai 1892, mort en octobre 1892, dix mois après l'opération. A cette époque, le mari est déclaré en faillite. Le chirurgien, qui a pratiqué l'opération, mais qui n'a pas traité la malade lors de la récidive, doit-il être privilégié ?

Le Tribunal de Commerce de Reims hésitant sur la décision à prendre, nous avons exposé le cas au Président de l'Association des médecins de la Marne, le Dr Langlet, qui nous a envoyé une consultation rédigée par M. Deligand, un des conseils de l'Association générale.

En présence de cette opinion autorisée, nous avons pensé qu'il était inutile de provoquer un jugement du Tribunal de Commerce de Reims, et nous avons simplement renoncé à réclamer les bénéfices de l'article 1101 du Code civil.

Du reste, le 17 janvier dernier, le Tribunal civil de la Seine a décidé « que le privilège au profit du médecin ne peut être étendu aux frais nécessités par une maladie ayant duré plusieurs années et ayant présenté des alternatives d'amélioration et d'aggravation et que le législateur, en édictant le privilège sus-visé, n'a eu évidemment en vue que les frais occasionnés par la *dernière crise* ayant entraîné la mort du malade.

O. G.

*

La question proposée se présente dans les termes suivants : *Le médecin peut-il être admis, comme créancier privilégié, à la faillite du mari, pour soins donnés à la femme, dont le décès est survenu une année après, par suite de récidive ?*

Cette question doit être examinée à deux points de vue :

I

Le privilège édicté par le § 3 de l'article 2101 s'applique-t-il aux soins données *à la femme* du failli ?

L'affirmative a été contestée, par ce motif que les privilèges sont de droit étroit, et que le § 3, de mêmes que les §§ 1, 2 et 4 de l'art. 2101 ne paraissent s'appliquer qu'aux créances *nées d'un fait personnel au débiteur*.

Cette opinion trouve son appui dans les termes du § 5 — même article — qui accorde spécialement le privilège pour les fournitures des subsistances faites au débiteur *et à sa famille*.

Ces mots « et à sa famille » ne sont pas employés pour les autres privilèges : on en conclut que la disposition du § 5 est *exceptionnelle*, et que les autres privilèges doivent être restreints aux créances *contre le débiteur seul*.

Cependant, l'opinion contraire paraît devoir être admise :

Le mari est, en effet, comme chef de l'association conjugale, débiteur des honoraires du médecin ; c'est à lui que le médecin fait confiance, contre lui qu'il doit agir en paiement de ces honoraires et prendre au besoin un jugement de condamnation ; on ne saurait donc refuser le caractère de créance privilégiée à celle qui a pour cause des soins donnés à la femme, sans méconnaître à la fois les principes qui régissent les obligations maritales, et le but même en vue duquel le privilège a été créé.

Cette question n'a d'ailleurs, dans le cas dont s'agit, qu'un intérêt théorique ; car les autres circonstances de fait ne sont pas favorables à l'admission du privilège.

II

La femme du failli, ayant succombé en définitive au mal pour lequel elle avait été opérée une année auparavant, peut-on dire que les soins, qui lui ont été donnés antérieurement, sont des soins de *dernière* maladie ?

Oui, évidemment, au sens scientifique du mot.

Non, au sens légal de l'art. 2101, dont la disposition exceptionnelle au droit commun, doit être restreinte dans des termes étroits.

La Cour de cassation avait posé le principe que la dernière

(1) *Union méd. du Nord-est*, juin 1893.

maladie de l'art. 2101 était celle qui avait été suivie du décès du débiteur.

Cette jurisprudence n'a pas été suivie unanimement, et quelques tribunaux et cours d'appel ont admis que le privilège s'appliquait également au cas où la maladie s'était terminée par la guérison.

La loi du 30 novembre 1892 a mis fin à cette controverse, en décidant que la créance du médecin serait privilégiée, quelle que fût l'issue de la maladie.

Mais toutes les décisions judiciaires, les plus opposées sur le principe, ont toujours envisagé une maladie *continue*, aboutissant à la mort ou à la guérison, des soins donnés sans interruption.

Dans l'espèce proposée, un long espace de temps, qui n'a pas été moindre d'une année, s'est écoulé entre l'opération et le décès; le malade a été guéri, au moins en apparence, et, si les derniers accidents qui l'ont emporté ont pu être déterminés par un mal ancien et latent, ils n'en constituent pas moins des manifestations nouvelles, exigeant un traitement nouveau, etc.

Vraisemblablement, un autre médecin a été appelé auprès de la malade, et réclame aussi ses honoraires à la faillite, pour soins de dernière maladie. Or, il ne peut pas y avoir place pour deux créances privilégiées, ayant la même origine, avec des dates aussi éloignées l'une et l'autre.

Le deuxième médecin consulté sera nécessairement privilégié, puisque ses soins ont été interrompus par le décès; le premier médecin, en ne se faisant pas payer, a suivi comme les autres créanciers, la foi du débiteur : il sera traité, comme eux, au marc le franc, par la faillite.

En résumé, c'est la récidive qui, survenant une année après la première opération et déterminant la mort, constitue, suivant moi, la dernière maladie, dans le sens de l'art. 2101, et j'estime qu'en l'état actuel de la législation, il n'y a pas lieu à privilège pour les soins antérieurs.

La solution ne me paraît pas douteuse, s'il y a eu, au moment de la récidive, intervention d'un autre médecin, remplaçant le premier : s'il en était autrement, et si le médecin, qui a pratiqué la première opération, a été le médecin unique de la maladie, produisant seul à la faillite, il pourrait avoir quelque chance d'être admis par privilège.

Il ne saurait pas impossible de faire interpréter en sa faveur les dispositions combinées de l'art. 2101 du Code civil et de la loi du 30 novembre 1892.

G. DELIGAND,
Avocat à la Cour d'appel de Paris.

NOTES ET INFORMATIONS

Comité consultatif d'hygiène de France.

Présidence de M. BROUARDEL.

M. Henri Monod, directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques, a fait au comité la communication suivante :

Les quelques manifestations cholériques observées dans le Midi et dans l'Ouest ont presque entièrement disparu. Sur les points, d'ailleurs rares, où le mal s'est montré, il a diminué dans des proportions telles, qu'il n'est pas téméraire de prévoir pour un avenir prochain sa disparition définitive.

M. le professeur Proust, inspecteur général, a rendu compte de la situation sanitaire à l'extérieur au point de vue du choléra :

Au Hedjaz, l'épidémie de choléra paraît avoir cessé, sauf à Médine, qui a été contaminée par les caravanes qui s'y sont rendues de la Mecque et dont le médecin sanitaire a succombé au choléra, comme deux de ses prédécesseurs depuis un an.

Un court rapport du médecin de Djeddah trace le tableau lamentable de l'arrivée des pèlerins se précipitant, affolés de terreur et en masse, de la Mecque à Djeddah. Les rues, les espaces libres, les quais, les navires étaient jonchés de malades, de moribonds et de cadavres. Pendant quelques jours le nombre des morts dépassait 400 à 500 par jour.

Le choléra paraît avoir pris fin dans l'établissement égyptien de Tor, après y avoir causé une centaine de décès. L'encombrement qui s'y est montré extrême, commence à diminuer; déjà plusieurs navires à pèlerins ont transité en quarantaine le canal de Suez, et deux ou trois sont arrivés au lazaret de Beyrouth et de Smyrne dans des conditions sanitaires satisfaisantes. Un navire ramenant des Algériens est également arrivé au lazaret de Matifou.

L'épidémie cholériforme qui a été observée à Smyrne continue sans provoquer une grande mortalité (2 à 3 décès par jour).

En Russie le choléra, qui se montrait sous la forme de quelques cas isolés jusqu'aux premiers jours de juillet, a présenté une certaine aggravation à partir du 9 juillet, en Podolie et dans les provinces de Kiev et de Yekaterinoslav et du Don.

En Roumanie, des cas isolés ont été signalés à Braïla, Sulina, Tulcea et Cerna-Voda.

Dans le nord de l'Italie, 12 cas ont été constatés, dont 7 suivis de mort.

Le choléra, qui s'est montré à Nefta, en Tunisie, a été circonscrit, grâce aux mesures prises par l'autorité militaire.

A Biskra, l'épidémie peut être considérée comme terminée, ainsi qu'à el Kantara et Batna, où quelques cas avaient été importés; mais le choléra sévit toujours dans l'extrême sud de l'Algérie.

La direction de la santé de Marseille délivre des patentes nettes sans aucune annotation. Les navires partant de cette ville ne subissent plus la visite médicale et la désinfection.

Le choléra. — On a constaté, hier, en Italie, 5 décès cholériques dans la province d'Alexandrie, 2 nouveaux cas à San Giuliano Vecchio, un nouveau cas à Roccaverano et un cas aussi à Oviglio.

A Naples, il y a eu 9 cas et 6 décès dans la journée d'hier.

Nous avons annoncé un décès cholérique à Rotterdam. Il y en a eu deux nouveaux hier. Un autre décès s'est produit à Maassluis.

En Hongrie, l'épidémie a été constatée dans les communes de Kiswarda et de Dombrad.

Le comitat de Szabolcs est déclaré infecté. Conformément à la convention de Dresde, le corps consulaire de Pest a été officiellement informé de cette constatation.

Les mesures les plus rigoureuses sont prises pour empêcher la propagation du fléau.

Voici la statistique hebdomadaire du choléra en Russie :

Province de Kiev, 529 cas, 184 décès.
Province de Nijni-Novgorod, 468 cas, 191 décès.
Province du Don, 245 cas, 109 décès.
Province de Samara, 198 cas, 75 décès.
Province de Kalich, 97 cas, 33 décès.
Province de Kazan, 75 cas, 28 décès.

Province de Kerson, 54 cas, 22 décès.
Province de Minsk, 32 cas, 15 décès.
Province de Simbirsk, 31 cas, 11 décès.
On constate à Moscou 90 cas et 38 décès par jour.

Nous recevons de Rome la note suivante :

XIe Congrès international de médecine (Rome 1894). — Nous confirmons la nouvelle, déjà sommairement publiée, du renvoi de ce Congrès au mois d'avril 1894.

Dès la fin d'avril écoulé, le Comité exécutif avait discuté la question s'il aurait été convenable de reculer le Congrès, mais, vu que les foyers du choléra étaient limités à un nombre insignifiant d'endroits en France à quelques places sur la frontière autrichienne, et que les comités nationaux et à l'étranger interpellés à ce propos, s'étaient presque tous prononcés contraires au renvoi, le Comité exécutif avait décidé, que le Congrès pouvait seulement être reculé, si les conditions de la santé publique en Europe devenaient telles, d'empêcher les médecins de quitter leurs résidences.

D'alors à ce jour, les conditions sanitaires ont tellement changé, que le Comité a été forcé de reprendre, le 30 juillet, ses délibérations à ce sujet.

Vu l'extension que l'épidémie avait prise en Autriche, en Hongrie, en Russie et même en France, les foyers, qui s'étaient développés presque chez toutes les nations d'Europe, et la formation desquels avait obligé plusieurs gouvernements à défendre aux médecins de quitter leurs résidences, pris en considération le jugement des plus illustres spécialistes italiens et étrangers qui conseillaient le renvoi, et les nombreuses lettres reçues de membres inscrits, qui annonçaient de ne pouvoir pas se rendre au Congrès en septembre prochain, le Comité a décidé de reculer la réunion au mois d'avril 1894, saison où, par expérience, les foyers de contagion sont éteints ou assoupis.

Le Comité fut guidé à cette délibération par le désir de respecter le caractère absolument international du Congrès, et par sa déférence envers les adhérents étrangers, dont la plupart aurait été empêchés d'assister au Congrès.

NÉCROLOGIE

Mort du professeur Charcot.

Il y a huit jours, le télégraphe nous apportait la nouvelle de la mort du Dr Charcot, enlevé brusquement par une affection foudroyante. Cet événement, qui a eu un si grand retentissement dans la presse européenne, a été annoncé trop tard pour qu'il nous ait été possible d'en faire part à nos lecteurs dans le dernier numéro de la *Gazette*. Jusqu'à son départ, notre maître paraissait jouir d'une santé parfaite, et nul indice ne permettait de prévoir l'éventualité d'une fin aussi prochaine. Il est à peine besoin d'ajouter que notre journal s'associe aux regrets que cet événement a fait naître et qu'il prend sa part du deuil qui en résulte pour la science. Les articles et notices parus à cette occasion ont déjà résumé les nombreux titres du savant défunt ; ils ont fait ressortir l'étendue et l'importance de son œuvre, qui est en effet une des plus considérables. De fait, la nomenclature de ses travaux est extrêmement vaste, et en la parcourant on constate qu'il est peu de sujets auxquels son activité laborieuse ne se soit intéressée sous une forme ou sous une autre. Depuis vingt ans, son attention s'était toutefois concentrée de préférence sur l'étude de la pathologie nerveuse qui a été son sujet de prédilection. C'est peut-être lui, avec Duchenne de Boulogne, qui chez nous a réalisé le plus de progrès dans cette voie. En tous cas, il est un de ceux qui ont le plus contribué à dégager le chaos des myélites, si obscur et si embrouillé avant lui et celui qui a le mieux travaillé à dégager les types nosologiques et les entités grâce auxquels la connaissance des maladies du système nerveux est devenue, on peut le dire, un des chapitres les plus clairs de la pathologie. Dans cette voie féconde, il a même fait de véritables découvertes cliniques, notamment celle de l'arthropathie tabétique, dont la nature avait été méconnue jusqu'à lui. Les médecins étrangers n'ont fait que remplir un devoir de justice en attribuant à cette catégorie particulière d'arthrites le nom de *maladie de Charcot*, qui lui est acquis définitivement et sans réserve. Cette partie vraiment magistrale de l'œuvre du savant professeur est celle qui laissera le plus de traces. Et c'est en l'examinant dans son ensemble que l'on comprend comment on a pu le comparer à Laënnec, car l'un a fait pour les maladies nerveuses ce que le génie de l'autre avait fait pour l'auscultation. Cette comparaison exprime bien la nature et l'importance du rôle que le maître a joué dans la science. Aussi peut-on dire, sans banalité cette fois et en toute vérité, que sa mort crée dans l'enseignement supérieur de la pathologie un vide qui est à certains égards irréparable. Toutefois, en regard de cette perte on peut placer la conviction consolante que l'œuvre ne périra pas avec son auteur. L'Ecole de la Salpêtrière, dont Charcot a été le fondateur et à laquelle il a attaché son nom, reste la gardienne des traditions instituées par lui, elle continuera à suivre l'impulsion qu'il lui a donnée, et à laquelle nous avons dû de si nombreux et si remarquables travaux. C'est par là que la mémoire du maître se perpétuera au milieu de nous, continuant à inspirer ceux qui avaient appris à travailler à côté de lui, aussi bien que les chercheurs de tous les pays, auprès desquels son nom jouissait d'une autorité et d'un crédit sans limites. — P. M.

NOUVELLES

Hôpitaux de Paris. — Concours de l'internat. — L'ouverture du concours de l'internat en médecine, qui avait été fixée au jeudi 12 octobre, à midi, est reculée au samedi 28 octobre, à la même heure.

En conséquence, la clôture du registre d'inscription des candidats est prorogée jusqu'au lundi 13 octobre.

Un avis ultérieur indiquera également le lieu où les candidats devront se réunir pour subir la première épreuve.

Bulletin hebdomadaire de Statistique municipale.

Décès notifiés du 13 au 19 juillet 1893

Fièvre typh., 21.—Typhus, 0.—Variole, 9.—Rougeole, 18.—Scarlatine, 4. — Coqueluche, 6.—Diphtérie, croup, 18.— Grippe, 0. — Affections cholériformes, 0. — Phtisie pulmonaire, 208. — Méningite tuberculeuse, 47. — Autres tuberculoses, 11. — Tumeurs cancéreuses et autres, 56. — Méningite, 30. — Congestion et hémorrhagie cérébrale, 49. — Paralysie, 4. — Ramollissement cérébral, 14. — Maladies organiques du cœur, 52. — Bronchite aiguë et chronique, 34. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 58. — Autres affections de l'appareil respiratoire, 33. — Gastro-entérite des enfants : sein, biberon et autres, 145. — Fièvre et péritonite puerpérales, 6. — Autres affections puerpérales, 1. — Débilité congénitale, 23. —Sénilité, 23. — Suicides, 22. — Autres morts violentes, 24. — Autres causes de mort, 161. — Causes inconnues, 10. — Total : 1057.

Le Rédacteur en chef et Gérant : F. de Ranse.

Paris. — Typ. A. Davy, 52, rue Madame. — *Téléphone.*

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Rédacteur en chef : M. le Dr F. DE RANSE

Comité de Rédaction : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN
J. ARNOULD (de Lille), P. FABRE (de Commentry), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon)

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 58, avenue Montaigne (Rond-Point des Champs-Élysées)

PHYSIOLOGIE

LA SUTURE NERVEUSE (1).

Par A. M. Herzen.

I.

La question de la suture nerveuse a récemment été agitée de nouveau, au sein de l'Académie de médecine, à Paris ; cette discussion n'a été ni plus claire ni plus concluante que celles qui l'ont précédée.

Cela tient en grande partie à la circonstance qu'on néglige de poser nettement le problème, de bien définir le *fait* en cause, avant d'en aborder l'*explication*. La discussion en souffre, elle est encombrée et obscurcie par des faits et des considérations étrangères au problème.

Commençons par déblayer le terrain.

S'il est en physiologie un fait absolument certain, c'est assurément le fait que ni la *contiguïté* ni même la *continuité* ne suffisent pour l'accomplissement de la transmission nerveuse, et que l'*intégrité* de la fibre en est une condition absolue.

Il s'ensuit que l'effet immédiat et inévitable de la section d'un nerf est la suppression complète de toute sensibilité et de toute motilité dans le domaine périphérique de ce nerf. On ne connaît aucune exception, aucune exception, aucune restriction à ce fait ; les anomalies anatomiques ne constituent point des exceptions.

Cela étant, que peut signifier l'affirmation qui revient de temps à autre lorsqu'il est question de la suture nerveuse, à savoir que, pour abolir la sensibilité ou la motilité (1) dans le domaine d'un nerf, il ne suffit pas de couper ce nerf, et qu'il faut encore couper les autres nerfs qui se rendent dans la même région ?

Supposons qu'une surface cutanée S, d'une certaine étendue reçoit, deux nerfs A et B ; ces deux nerfs, ou bien se distribuent l'un et l'autre à toute cette surface, de sorte que les points sensibles innervés par chacun d'eux sont disséminés sur toute l'étendue de S. ; ou bien chacun de ces deux nerfs dessert à lui seul, et à l'exclusion de l'autre, une partie de S. C'est cette dernière alternative qui correspond à la réalité (exemples : innervation de lamain ou de la langue) ; la première alternative ne se réalise guère que dans les régions limitrophes entre deux domaines nerveux.

Il est clair que dans l'une ou l'autre alternative la section

(1) *Revue Scientifique*, 15 juillet 1893.

(1) Pourquoi, dans cette question, ne parle-t-on, en général, que de la sensibilité ? L'innervation des muscles est bien plus nettement délimitée et prête beaucoup moins à la confusion.

FEUILLETON

RAPPORTS AU PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

(Suite) (1).

On pourrait prétendre, tout d'abord, que l'organisation nouvelle serait limitée à quelques lycées, un par Académie, à celui qui est voisin de la Faculté des sciences, de la Faculté ou de l'École de médecine. — Cette solution serait impraticable. Il y a environ 1.200 élèves de première année dans les Facultés de médecine ; sur ce nombre 7 à 800 au moins sortent des lycées et collèges de l'État. Les répartir comme il vient d'être dit serait avoir dans chacun des lycées choisis, sauf Paris où il pourait y en avoir plusieurs, des groupes de 60, de 80 et même de 100 élèves. Sans rechercher si ce serait un bien pour la discipline générale de ces lycées, où seraient les laboratoires pour un si grand nombre d'élèves ? Ils n'existent pas et on ne pourrait les construire. On en viendrait peut-être, comme il a été suggéré, à emprunter ceux des Facultés des sciences. Mais alors c'est placer le nouvel enseignement à la Faculté des sciences, en hospitalisant au lycée les élèves dont les familles demeurent dans d'autres villes.

Mais il ne serait pas possible de limiter le nouvel enseignement à quelques lycées. Fatalement on serait promptement conduit à le mettre partout, dans les collèges aussi bien que dans les lycées. Faut-il rappeler l'exemple des classes de mathématiques spéciales au nombre de 47, des préparations particulières à Saint-Cyr au nombre de 67 ? Ces chiffres excessifs sont là pour prouver que l'Administration est souvent forcée d'aller bien au delà de ce qui serait nécessaire. Pour le nouvel enseignement elle serait moins libre encore. En le déclarant partie intégrante de l'enseignement secondaire, d'avance on justifierait toutes les réclamations des familles. Et ces réclamations se produiraient partout, car les futurs étudiants en

(1) Voir la *Gazette médicale*, nos 32, 33 et 34, 1893.

de A ne suffit pas pour abolir *toute* sensibilité dans *toute* l'étendue de S ; pour obtenir cet effet, il faut encore couper B; mais il est également clair que la section de A abolit la sensibilité *dans tous les points innervés par lui*, que ces points soient disséminés sur toute son étendue (auquel cas S subira seulement un *émoussement* de sa sensibilité), ou qu'ils soient tous réunis sur une moitié de S (auquel cas cette moitié sera totalement anesthésiée).

Eh bien, lorsqu'on exprime ce fait en disant que la section d'un nerf « n'abolit pas la sensibilité dans le domaine de ce nerf, » on commet un abus de langage manifeste et funeste, car il donne une idée complètement fausse de ce qui se passe en réalité ; pour que l'expression corresponde à la vérité, il faudrait dire : la section de A ne supprime pas la sensibilité dans les points innervés par B ; vérité à la Palice, assez inutile à dire. Mais il est bon de retenir que pour des expériences sur ce sujet il faut éviter les domaines communs à deux nerfs et les zones limitrophes; l'homme peut indiquer isolément chaque point qu'on touche ; l'animal peut seulement montrer par ses réactions ou leur absence qu'il sent quelque chose ou rien du tout.

Nous écartons, par conséquent, dès le début, l'affirmation dont la forme est aussi fausse que le fond, et d'après laquelle il faut, pour insensibiliser le domaine d'un nerf, couper un autre nerf, dont le domaine est ailleurs, et nous admettons que la section d'un nerf suffit pour insensibiliser tous les points qu'il innerve.

D'ailleurs, s'il en était autrement, si le vrai domaine de A coupé conservait sa sensibilité grâce à B, à quoi servirait le nerf A et pour quel motif et dans quel but ferait-on la suture?

Cela posé, voici comment la très grande majorité des physiologistes, histologistes et anatomo-pathologistes envisagent actuellement les conséquences ultérieures de la section d'un nerf.

Dès que le bout périphérique est sevré de sa communication avec les centres, il commence à s'altérer ; au bout de quatre jours il a perdu son excitabilité; il est envahi par la dégénérescence wallérienne, à laquelle il succombe peu à peu, *tout entier*, pour ne laisser qu'un vestige de gaines, une traînée de tissu connectif. — Aucun nerf séparé des centres n'échapperait à ce sort, il est *infailliblement et irrévocablement perdu*, et rien ne saurait ni l'empêcher de périr ainsi, ni le rappeler à la vie ; toute tentative de le réunir au bout central est donc superflue, inutile, condamnée d'avance à un échec certain.

Si le rétablissement de ses fonctions s'opère, — chose qui, de commun accord, arrive quelquefois, — c'est uniquement grâce au bourgeonnement et à la croissance des fibres du bout central qui s'avencent jusqu'à la périphérie et vont occuper la place laissée vide par les fibres dégénérées du nerf coupé. Mais c'est là un processus très lent, qui exige des mois entiers pour s'accomplir ; c'est un phénomène d'un tout autre ordre que celui du rétablissement par soudure.

En se plaçant à ce point de vue, on est forcé ou bien de déclarer que toutes les observations des chirurgiens et des expérimentateurs qui croient avoir constaté une réunion *rapide* (en quelques jours et moins) des deux bouts d'un nerf coupé, avec restitution également rapide de ses fonctions, se sont grossièrement trompés, — ou bien de chercher à *expliquer*, tant bien que mal, le fait que l'on admet par déférence pour des collègues rompus à l'observation, — mais auquel, au fond, on ne croit pas. C'est ce dernier parti que l'on adopte généralement, bien que les deux soient également faux.

Le fait est que plusieurs physiologistes et chirurgiens ont indubitablement obtenu la soudure des deux bouts d'un nerf coupé et un retour plus ou moins complet des fonctions dans le domaine du nerf suturé. Or les explications de ce fait, tentées par ceux qui adoptent le parti je viens d'indiquer, ne soutiennent pas la moindre critique ; elles vont à fin contraire ou ne portent pas ou portent à faux ; de plus, si elles étaient justes, elles prouveraient que les chirurgiens qui ont pratiqué la suture l'ont fait en pure perte sans motif et sans but; mieux vaudrait, me semble-t-il, leur dire tout simplement que l'on considère leurs observations comme erronées.

C'est ce que je me propose de montrer dans cette notice purement critique, toujours en me plaçant au point de vue de la plupart des savants contemporains.

II

1° *La récurrence.* — Le maintien de la sensibilité dans

---

médecine sont disséminés partout, dans les colléges autant que dans les lycées. Et puis, sans parler des rivalités locales et de l'action inévitable des influences, il y a la concurrence des établissements libres. Là où l'État refuserait d'avoir dans ses lycées et dans ses colléges la préparation à la carrière médicale, l'enseignement libre l'organiserait dans sa maison. Et l'État serait bien forcé d'en faire autant.

Nous avons vu ce que devait être cet enseignement nouveau. Voyons ce qu'il pourrait être dans ces conditions.

Pour qu'il soit sérieux, il faut, avons-nous dit, qu'il soit, en même temps que théorique, pratique et expérimental. Or, dans les lycées, les locaux manquent pour les laboratoires. Pour les créer, la dépense serait considérable et hors de proportion avec les résultats.

Le matériel fait également défaut. Il y a bien, dans chaque lycée, un cabinet de physique, mais il y manque l'outillage à mettre aux mains des élèves pour les manipulations de physique, de chimie et d'histoire naturelle. Cela, il faudrait le créer de toutes pièces. En évaluant la dépense à 60.000 francs par lycée, chiffre minimum et probablement insuffisant, ce serait au total, et sans parler des locaux, une première mise de fonds de plus de 6 millions. Et l'on ne compte pas les colléges.

Le personnel des professeurs n'est pas assez nombreux. Faire état des heures dues par chaque professeur sur son maximum de service, et d'heures supplémentaires qui lui seraient attribuées, serait un expédient néfaste; car, suivant une parole expressive employée dans la Commission, ce serait constituer l'enseignement nouveau avec des « rognures ». Il faudra donc créer des emplois de professeurs à peu près dans tous les lycées, toujours sans parler des colléges.

Avec des professeurs, et autant que des professeurs, il faut des chefs de travaux compétents.

Il n'en existe pas dans les lycées. Deux au moins seraient nécessaires dans chaque établissement : un pour la physique et la chimie, un pour l'histoire naturelle. Ce serait donc plus

le domaine d'un nerf coupé et son rétablissement après la suture seraient dus aux *fibres récurrentes* que ce nerf contient.

On appelle *récurrentes* certaines fibres qui passent d'un nerf à l'autre et qui, au lieu de se rendre à la périphérie, *remontent* le long du nerf qu'elles ont rejoint; elles confèrent aux branches et aux troncs qu'elles remontent ainsi une certaine sensibilité dolorifique à laquelle il n'est jamais fait appel dans la vie normale et qui n'est, en tout cas, ni tactile ni thermique.

Les nerfs A et B échangent des fibres récurrentes; lorsque A est coupé, toutes les fonctions desservies par ses fibres tranchées sont immédiatement supprimées; toutes ces fibres dégénèrent, y compris, naturellement, les fibres récurrentes qu'il envoie à B Restent intactes les fibres récurrentes que B. envoie à A (sauf, sans doute, les terminaisons de celles qui le remontaient plus haut que le niveau de la section). Comment ces fibres peuvent-elles, d'une façon quelconque, maintenir la sensibilité dans le domaine terminal de A? Elles n'ont aucune communication, aucun rapport avec les organes récepteurs de ce domaine; elles se replient loin d'eux, pour se diriger de nouveau vers les centres; leur périphérie à elles, leurs terminaisons sont dans les gaines du tronc de A. La seule chose qu'elles puissent faire; c'est de maintenir une sourde et vague sensibilité dolorifique, à une forte pression, à un choc violent ou à une secousse électrique, portés directement, ou à travers les tissus qui recouvrent, sur le *tronc* coupé et dégénéré de A. Mais il est clair qu'elles ne peuvent en aucune façon contribuer le moins du monde à maintenir la sensibilité cutanée *dans le domaine de A* lorsque celui-ci est coupé, ni à la rétablir lorsqu'il est suturé.

2° *Les anastomoses nerveuses.* — Il n'y a aucune analogie entre les anastomoses vasculaires et les anastomoses nerveuses; si les nerfs étaient des tubes dans lequels circulerait un liquide, comme le sang circule dans les artères, et si leurs rameaux *s'abouchaient* réellement, comme c'est le cas pour les vaisseaux sanguins alors le courant nerveux comme le courant sanguin pourrait pénétrer d'un nerf dans un autre, et maintenir en fonction le bout périphérique séparé des centres; c'est ainsi que, la cubitale étant liée, la radicale amène le sang dans ses branches périphériques.

Mais pour les nerfs, il n'existe rien de pareil; il n'y a point de vraies anastomoses nerveuses; on appelle ainsi des *dissociations* de faisceaux et de fibres, dont quelques-unes quittent un nerf pour *s'accoler* à un autre nerf et cheminer avec ce dernier vers leur terminaison périphérique. Or chacune de ces fibres, dites *anastomotiques*, ne s'anastomose avec aucune autre fibre; toutes, elles se rendent à des points nettement déterminés, et la conduction dans chacune d'elles étant isolée, depuis son origine centrale jusqu'à sa terminaison périphérique, leur fonction n'a rien de commun avec celle des fibres à côté desquelles elles sont situées.

Ainsi, les points innervés par les fibres coupées de A sont immédiatement anesthésiés; toutes ces fibres dégénèrent, y compris celles qui quittent A en aval de la section, pour s'accoler à B; la sensibilité ne peut être conservée que dans le domaine de B et dans tous les points innervés par les fibres anastomotiques qu'il envoie à A, pourvu, toutefois, que ces fibres rejoignent A en aval et non en amont de la section.

Evidemment, donc, les anastomoses nerveuses ne peuvent en aucune façon contribuer ni au maintien de la sensibilité dans le domaine d'un nerf coupé, ni à son rétablissement après la suture.

3° *Les suppléances anatomiques.* — J'ai cherché à comprendre le sens de cette expression; je n'y ai pas réussi.

Qu'une artère puisse suppléer à une autre artère, cela se comprend; le sang qu'elle charrie pénètre, en partie, par quelques anastomoses, dans les branches de l'artère liées et irrigue son domaine. Mais comment est-ce qu'un nerf peut suppléer à un autre nerf? Voici ce qu'il faudrait pour cela :

Il faudrait d'abord que, lorsque A est coupé, les fibres de B se retirassent de leurs organes terminaux périphériques, et allassent occuper la place laissée vide par les fibres dégénérées de A, ce qui, du même coup, priverait de sensibilité les points abandonnés par les fibres de B.

Il faudrait ensuite que les fibres de B changeassent d'origine centrale, car, sans cela, les impressions qui frapperaient le domaine de A envahi par elles continueraient à être perçues dans le domaine de B; du même coup, cela

---

de deux cents emplois nouveaux, toujours sans parler des collèges.

Il faut aussi des préparateurs. Il y en a dans les lycées, mais en nombre tout à fait insuffisant : 2 dans les grands lycées de Paris, 1 dans les autres; 25 à 30 en province, où la fonction est le plus souvent remplie par un répétiteur. De plus, ces préparateurs ne sont pas spécialisés; ils sont également pour la physique, la chimie, l'histoire naturelle. Cela suffit avec la nature de leur travail actuel. Mais ce serait insuffisant pour une bonne organisation de travaux pratiques qui exigent des spécialistes. Ce serait donc encore au minimum deux cents nouveaux emplois, toujours sans parler des collèges.

Enfin, il faudrait assurer les dépenses matérielles des travaux pratiques dans chaque établissement. De ce chef, la dépense serait considérable.

D'après les chiffres très précis soumis à la Commission, la dépense annuelle, en dehors des frais de premier établissement, ne s'élèverait pas à moins de 1 million et demi, rien que pour les lycées. A ce compte, déduction faite des frais d'études, chaque élève coûterait à l'État plus de 20.000 francs par an.

En présence de ces chiffres, qui n'ont rien d'exagéré si l'on veut une bonne organisation des études, il est probable que cette organisation ne se ferait pas. Il est plus probable que les choses se passeraient de la façon suivante :

On se bornerait à quelques créations d'emploi; on demanderait aux professeurs un complément ou un supplément de service; on limiterait les travaux pratiques à de rares exercices, au moins coûteux; l'enseignement ne recevrait pas le caractère pratique et expérimental qu'il doit avoir, il serait donné au tableau noir au lieu de l'être surtout au laboratoire. Et le résultat, c'est qu'on aurait recommencé, à peu de chose près, l'histoire du baccalauréat, condamné depuis longtemps; c'est qu'on n'aurait pas donné aux Facultés de médecine ce qu'elles sont en droit d'attendre; c'est qu'on aurait stérilisé un germe qui peut et qui doit être fécond.

mettrait hors d'activité le centre abandonné par l'origine des fibres de B; il y aurait anesthésie *centrale* du domaine de B.

Il faudrait enfin qu'elles pussent effectuer cette manœuvre en quelques instants, si elles doivent contribuer, comme les fibres récurrentes et les anastomoses, au prétendu maintien de la sensibilité dans le domaine de A après la section, ou à son rétablissement après la suture.

Tout cela est évidemment de la haute fantaisie; rien de semblable n'est possible, et l'expression « suppléances anatomiques » signifie certainement autre chose. Je demande quoi? Si c'est des *anomalies* anatomiques qu'on veut parler, pourquoi ne pas les appeler par leur nom?

4° *La présence de fibres non dégénérées*, dans le bout périphérique du nerf coupé, peut, dit-on, *aider* à la reconstitution de ce bout. La suture, cette fois, ne serait pas inutile; mais, examinons:

Le moignon périphérique de A peut contenir, à côté de ses fibres propres, dégénérées, deux espèces de fibres normales: les fibres *anastomotiques* qu'il reçoit de B en aval de la section et les fibres *récurrentes* qu'il reçoit de ce nerf.

Les premières sont hors de cause; personne ne prétendra que le fait de cheminer à côté de fibres normales puisse, d'une façon quelconque, contribuer au maintien ou au rétablissement de la structure et de la fonction dans des fibres séparées de leur centre trophique; à ce titre, aucun nerf ne dégénérerait.

Il s'agit donc des secondes. Or l'affrontement des surfaces de section, avivées, des deux bouts de A, met ces fibres normales face à face avec les fibres normales de son bout central, où elles ne trouvent de dégénéré que leur propre continuation. Elles ne peuvent se réunir qu'aux fibres normales de A.

La soudure, la réunion complète, avec rétablissement de l'intégrité structurale et établissement de la transmission fonctionnelle, est-elle possible entre deux bouts *centraux* de nerfs coupés? Admettons-le. Quel sera le résultat d'une telle continuité? Quelques fibres de B (les récurrentes) et quelques fibres (en nombre égal) du bout central de A formeront un certain nombre d'*anses* nerveuses, véritables commissures artificielles, conduisant directement des origines de B, en pure perte, sans intéresser, de près ou de loin, le domaine périphérique de A, qui resterait aussi insensible après cette réunion qu'il l'était avant.

Il est donc clair que la présence de fibres récurrentes, non dégénérées, dans le bout périphérique d'un nerf coupé, ne peut en aucune façon contribuer au rétablissement de la fonction dans les fibres dégénérées de ce nerf, avec ou sans suture.

5° *Des phénomènes d'inhibition ou de dynamogénie.* — Dès qu'un nerf est coupé, son bout périphérique est mis hors de toute communication avec le reste du système; par conséquent, aucune influence provenant de ce système ne peut s'exercer sur lui; ni *vice versa*; il en est à plus forte raison ainsi lorsque ses fibres ont eu le temps de perdre leurs propriétés physiologiques et de dégénérer.

Des phénomènes d'inhibition ou de dynamogénie ne sauraient avoir leur point de départ que dans le bout central de A, et se dérouler par l'intermédiaire des centres que dans des nerfs entiers, B, C, D, etc. Que peuvent ils produire dans B, le seul, supposons, dont le domaine soit situé dans le voisinage de celui de A? En émousser, en suspendre même l'excitabilité, et ajouter ainsi l'anesthésie *inhibitoire* de son domaine à la paralysie *traumatique* de A; ou bien ils peuvent exalter l'excitabilité de B, et produire dans son domaine une hypéresthésie plus ou moins considérable.

Que de tels faits existent, — personne n'en doute; — il paraît cependant qu'ils sont bien rares, et je ne sache pas que les chirurgiens les aient jamais constatés avant d'opérer; mais admettons qu'ils se produisent souvent, toujours même; à quoi cela nous avancerait-il? Que la cicatrice du bout central de A maintienne B en état d'inhibition, ou que l'irritation opératoire, exercée sur ce bout, jette B en état d'excitabilité exagérée, c'est en tout cas exclusivement dans le domaine de B que ces phénomènes pourront avoir lieu et se manifester à nous, et nullement dans celui de A où il n'y à plus que des fibres dégénérées; c'est pourtant de ce dernier qu'il s'agit.

Evidemment, par conséquent, les phénomènes d'inhibition ou de dynamogénie ne peuvent, en aucune façon, contribuer à rétablir la fonction de fibres et coupées et dégé-

---

Il serait inutile de compter sur les jurys d'examen pour faire prendre aux choses une meilleure tournure. Quand il s'agit d'une école où l'on entre par le concours, la concurrence élève le niveau. Quand il s'agit d'un examen proprement dit, il en est autrement. Ce n'est pas par le programme, ce n'est pas par la sévérité des examinateurs, c'est par la force ou la faiblesse moyenne des candidats que s'établit le niveau moyen des études.

Examinons maintenant l'autre solution, celle qui consiste à placer le nouvel enseignement dans les Facultés des sciences.

Vous savez quelles transformations profondes se sont accomplies depuis vingt ans dans ces établissements.

Partout leurs locaux ont été rebâtis et agrandis; elles ont maintenant, pour tous les ordres de sciences expérimentales, de vastes laboratoires. Si quelque part ils sont encore trop petits, le remède sera facile. Pour une Faculté, ce n'est pas comme pour les lycées, qui ne peuvent s'agrandir que par l'acquisition de terrains et la construction de bâtiments contigus. Un baraquement suffit, sur un terrain plus ou moins voisin. Et ce n'est pas nous, professeurs des Facultés de Paris, qui pourrions oublier les services qu'ont rendus à l'enseignement supérieur les baraquements et les salles Gerson.

Pour le matériel, il existe partout complet, admirable.

Le personnel des maîtres? Sans doute il faudra l'augmenter. Mais cette augmentation sera faible en comparaison de celle que nous examinions tout à l'heure.

Le personnel des chefs de travaux et des préparateurs? Les Facultés l'ont, habile, expérimenté. Elles ont mis quinze ans à le former. S'il faut en augmenter les cadres, la dépense sera minime par rapport à ce qu'elle serait dans les lycées et collèges.

Enfin, elles sont largement dotées en ce qui concerne les frais annuels de laboratoires et de travaux pratiques.

D'après les évaluations soumises à la Commission, l'augmentation des dépenses ne dépassera par l'augmentation des recettes.

nérées; elle est supprimée par le simple fait de la section et de l'altération de ses fibres, et ne peut se rétablir que grâce à leur réunion au bout central et au rétablissement de la transmission; nous ne parlons pas du *bourgeonnement* du bout central.

D'ailleurs, lorsqu'on parle du *retour* de la sensibilité dans le domaine de A, on ne parle pas d'une *exaltation* de sensibilité dans le domaine de B.

III

Nous avons montré la faiblesse extraordinaire des explications que donnent actuellement la plupart des savants du prétendu *maintien* de la sensibilité dans le domaine d'un nerf coupé et de son *retour* grâce à la suture. Le *maintien* est une impossibilité physiologique; le *retour* ne peut, en aucun cas, être dû à des phénomènes ayant lieu dans d'*autres* nerfs.

Toutes ces explications partent du point de vue que le nerf séparé de son centre trophique cesse d'exister comme tel; toutes elles cherchent, par conséquent, à expliquer par l'ingérence d'influences collatérales et indirectes le fait qu'elles n'osent pas nier, mais qu'elles considèrent en réalité comme impossible; toutes, enfin, elles aboutissent implicitement à cette conclusion que les chirurgiens pratiquent la suture en pure perte, et que ceux qui croient en avoir obtenu un effet utile ont mal observé et se sont trompés.

C'est une contradiction sans issue, un véritable cercle vicieux.

Il y a cependant un moyen d'en sortir, de tout concilier, de se convaincre que la soudure est possible, et d'en saisir la vraie explication. Mais il faut pour cela se placer à un point de vue totalement différent de celui de la plupart des savants contemporains. Ce point de vue se trouve exposé, avec expériences et préparations anatomiques à l'appui, dans l'important travail que M. Maurice Schiff a publié sur ce sujet, il y a cinq ans. (*Semaine médicale,* n°s 26 et 36, 1887.) Et il est vraiment étrange que dans les discussions sur la suture nerveuse, y compris celle qui vient de se dérouler au sein de l'Académie de médecine de Paris, on ne tienne aucun compte de ce travail, — auquel je renvoie ceux qui s'intéressent sérieusement à cette question.

M. Schiff soutient et prouve la réalité de la soudure des deux bouts d'un nerf coupé, avec restitution *ad integrum* de la structure et des fonctions du bout périphérique; et il l'explique, non par une hypothèse appelant à son secours des nerfs ou des phénomènes qui n'ont aucun rapport avec ce fait, mais par un autre fait, lui aussi démontré par de nombreuses séries de préparations microscopiques: à savoir, que le *cylindre-axe* des fibres du bout périphérique ne se désorganise pas, mais se *maintient indéfiniment* dans un état qui lui permet de reprendre toutes ses propriétés normales, dès que sa réunion avec ceux du bout central s'est effectuée.

Le nerf se réunit à sa continuation et rétablit sa continuité exactement comme n'importe quel autre tissu; mais sa texture plus délicate fait en sorte que cette soudure ne s'accomplit pas dans *tous* les cas, et ne peut s'accomplir que lorsque les conditions qui la permettent sont présentes et que rien n'entrave leur efficacité. Cela explique en même temps la rareté des cas où la suture produit manifestement un effet utile.

On peut voir tous les détails de ces expériences et de ces observations dans les deux articles cités plus haut et dans ceux que Schiff y cite.

Nous devons, en fin de compte, admettre que le bout périphérique n'est pas irrévocablement condamné à périr, que le cylindre-axe, la partie essentielle du nerf, ne périt pas, et que, dans un certain nombre de cas, exceptionnellement favorables, le nerf séparé de ses centres peut reprendre sa structure et ses fonctions; ce sont les cas où la suture nerveuse, en produisant un retour *rapide* de ces fonctions, prouve *ipso facto* qu'elle a atteint son but.

J'ai dit au commencement que l'on a obtenu, grâce à la suture, un retour *plus ou moins* complet des fonctions du nerf coupé. Il me reste à expliquer pourquoi ce retour ne saurait en aucun cas être *tout à fait* complet.

Supposons que la section tombe sur un nerf mixte composé d'un millier de fibres, dont la moitié environ est motrice et la moitié sensitive. Il serait bien téméraire d'espérer que nous réussissions jamais, en affrontant aussi

---

Au point de vue intellectuel, les Facultés des sciences sont pleinement en mesure, et mieux que qui ce soit, d'assurer cette discipline de l'esprit, en vue d'un ordre particulier de sciences, que celui de nos collègues qui proposait de placer le nouvel enseignement dans les lycées estimait à bon droit nécessaire. Une telle discipline résulte moins, en effet, de la leçon du maître que de son contact, et de l'atmosphère dans laquelle vit l'étudiant. Or, ceux des professeurs de Faculté qui sont voués aux sciences expérimentales vivent dans leurs laboratoires avec leurs auxiliaires, en communication constante avec leurs élèves. Dans ces laboratoires, les élèves sont pour ainsi dire enveloppés par la science; ils en manient les appareils, ils les voient en action; tout leur parle d'elle, les choses aussi bien que les maîtres. C'est là seulement qu'on peut vraiment s'imprégner de son esprit et le comprendre pleinement.

Au reste, nous avons plus et mieux que des espérances et des promesses. L'Administration a pensé que, dans une pareille matière, une expérience était utile. Avec l'assentiment de votre section permanente, elle a réalisé cette expérience à Toulouse. Voilà trois ans déjà que, dans cette ville, les étudiants en médecine de première année reçoivent l'enseignement des sciences physiques, chimiques et naturelles à la Faculté des sciences. L'expérience a réussi; les résultats sont des plus satisfaisants. Les doyens de la Faculté de médecine et de la Faculté des sciences ont chargé celui de nos collègues qui appartient aux Facultés de Toulouse de nous en apporter le témoignage. Nous l'enregistrons comme une garantie de fait à l'appui du projet.

En outre des jeunes gens qui entrent dans les Écoles spéciales, comme l'École centrale et l'Institut agronomique, un grand nombre qui se destinent aux carrières industrielles ou agricoles auraient besoin d'un enseignement pratique approprié. Quelques Facultés des sciences, Lyon, Nancy, par exemple, ont spontanément cherché à combler cette lacune. Et l'expérience a montré que ceux de leurs élèves auxquels

soigneusement que possible les deux surfaces de section, à faire en sorte que les 1.000 fibres se trouvent abouchées chacune avec sa propre continuation ; ce serait pourtant là la condition *sine quâ non* d'un rétablissement *complet* des fonctions en cas de réunion ; mais il est évident que les fibres du nerf coupé se trouveront en face les unes des autres dans le plus grand désordre, dans un pêle mêle inextricable ; or, si elles se réunissaient chacune à celle que le hasard lui a opposé, le résultat fonctionnel serait nécessairement le pendant physiologique du chassé-croisé anatomique : la transmission, de même que la continuité, se rétablirait entre fibres à fonctions diverses : bon nombre de fibres sensitives se réuniraient à des fibres motrices, et *vice versa* ; rien que de ce chef, le nombre correspondant d'organes périphériques, sensitifs ou contractiles, ne pourrait plus innerver les centres ou être innervé par eux, et resterait à tout jamais insensible ou paralytique.

Heureusement, un nombre suffisant d'expériences décisives prouve que les fibres sensitives ne se réunissent pas aux motrices, et que les fibres de même espèce ne se réunissent qu'entre elles ; ce fait est motivé par des différences intimes entre les fibres des deux espèces et par la non-identité de leur mode de nutrition. Nous pouvons, par conséquent, admettre que les 500 fibres motrices ou sensitives du nerf coupé se rechercheront et se réuniront à leurs semblables. Mais cela ne suffit pas ; il n'y aurait, il est vrai, point de confusion entre les innervations centrifuges et centripètes ; c'est déjà beaucoup, mais ce n'est pas tout ; à moins qu'on n'admette chez les fibres nerveuses une espèce d'instinct, ou d'idiotropisme, grâce auquel chacune rechercherait sa propre continuation et ne se réunirait qu'à elle, il est clair que la plupart d'entre elles se réuniront à des bouts de fibres qui seront de la même espèce, mais qui ne seront pas sa propre partie centrale ou périphérique. Le résultat d'une telle réunion doit être un méli-mélo de transmissions centripètes ou centrifuges, bouleversant complètement la *localisation* des impressions sensitives et des impulsions motrice : l'excitation d'un point cutané ne serait pas perçue là où elle a lieu, mais là où se rendait avant la lésion la fibre dont le bout central est maintenant réuni au bout périphérique de celle qui est restée en rapport avec ce point ; la fibre musculaire qui se contracterait serait celle qui reçoit le bout périphérique de la fibre nerveuse et non celle que les centres voulaient innerver par le bout central de celle à laquelle l'autre s'est réunie.

Seul, un nouvel apprentissage, comme celui par lequel nous passons tous pendant la première enfance, pourrait mettre un peu d'ordre dans cet embrouillamini.

On pourrait penser après cela qu'il vaut mieux ne *pas* suturer les nerfs coupés et laisser pousser les bourgeons du bout central, en favoriser la croissance autant que faire se peut, et attendre que les nouvelles fibres aient atteint le domaine périphérique, musculaire ou cutané, de ce nerf.

Je ne le crois pas, parce que dans ce cas, comme dans le cas de la suture, il faudrait admettre l'existence d'un instinct qui dirige chaque fibre pendant sa croissance, à travers tous les obstacles et malgré eux, vers l'élément terminal, moteur ou sensitif, qu'elle reliait aux centres avant la lésion ; cela étant inadmissible, il doit arriver à un grand nombre de fibres de s'égarer et de se perdre en route, ou de s'arrêter à moitié chemin ; elles s'arrêtent bien, le plus souvent, tout près du bout central, dans la massue cicatricielle ; ce sont les cas où aucune restitution fonctionnelle ne se produit, même à très longue échéance.

La suture, si elle n'aboutit pas à la réunion avec rétablissement rapide, a au moins l'avantage de fournir aux fibres en train de croître un guide sûr vers la périphérie.

En conclusion, les chirurgiens ont bien raison de pratiquer la suture nerveuse, et les bons résultats qu'elle leur a fournis ne sont pas des erreurs d'observation.

Au point de vue scientifique, il est à désirer que dans chaque cas un examen *minutieux* de la sensibilité cutanée (tactile et thermique, cette dernière dans ces deux formes : au froid et au chaud), ainsi que de la motilité, soit très soigneusement fait dans le domaine périphérique du nerf coupé *avant la suture*, et répété et continué après, afin de constater la première apparition des fonctions en train de se rétablir, la marche ultérieure de ce rétablissement, et l'état final qui en résulte.

Cette *fine* exploration n'est possible que chez l'homme ; cela ne justifie nullement l'étrange anachronisme d'après lequel on ne saurait appliquer à l'homme ce qu'on constate

---

elles ont donné une instruction pratique sans doute, mais générale, réussissant de la manière la plus heureuse dans l'industrie.

Il nous a semblé que, à ce point de vue, le nouvel enseignement pouvait produire d'heureux résultats. En même temps qu'il donnera aux futurs médecins une préparation scientifique indispensable, il pourra la donner aussi à d'autres et devenir ainsi, dans certains centres, le point de départ d'un enseignement technique utile à notre industrie nationale. Aussi les conditions particulières d'accès au doctorat en médecine étant déterminées par un décret spécial, vous proposons-nous d'ouvrir l'enseignement projeté aux bacheliers de tout ordre.

Nous faisons plus : dans une pensée sainement démocratique, et nous appuyant sur les résultats déjà obtenus à Lyon et à Nancy, nous vous proposons de l'ouvrir aussi, après constatation de leur aptitude, à des sujets d'élite sortis de l'enseignement primaire. Nous serons heureux de voir s'établir, entre l'enseignement supérieur et l'enseignement primaire, ce lien qui sera certainement utile à l'un et à l'autre.

Consultées depuis longtemps, conformément à une pratique libérale, les Facultés des sciences ont déclaré accepter l'enseignement nouveau. Elles ont aujourd'hui une tâche bien déterminée : préparation à la licence, à l'agrégation, au doctorat et recherches savantes. Cette tâche, elles la conserveront et s'y appliqueront comme par le passé. Elles ont, pour la remplir, une clientèle assurée de près de 1.900 élèves. En élargissant leurs cadres, en plaçant à côté des parties les plus élevées de leur enseignement d'autres cours plus élémentaires, d'autres travaux en apparence plus modestes, mais si utiles en réalité que les plus expérimentés de leurs maîtres seront en plus d'un lieu heureux d'en prendre leur part, les Facultés des sciences ont conscience de combler une lacune et de répondre à un besoin du temps présent. Il est impossible de méconnaître le rôle de plus en plus grand que prend la science pure dans l'activité et le travail de notre société. L'admirable

sur le chien; mais le chien ne peut qu'indiquer *en gros* s'il sent ou s'il ne sent pas; et cela suffit pour établir le *principe* de la restitution, mais non pour en étudier les *menus détails*.

La physiologie recevra avec reconnaissance les contributions relatives des chirurgiens.

CLINIQUE CHIRURGICALE

STATISTIQUE ET OBSERVATIONS DE CHIRURGIE HOSPITALIÈRE,

Par le Dr Polaillon,

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu, professeur agrégé à la Faculté, Membre de l'Académie de médecine.

(Suite) (1).

XXIX. — *Amputations.*

1° *Amputations ou désarticulations du gros orteil.*

22 cas { 19 hommes, 19 guéris. / 3 femmes, 3 guéries. } 0 mort.

Les causes de ces amputations ont été :

Le mal perforant grave dans 13 cas.

L'ostéo-arthrite tuberculeuse, 5 cas.

L'ostéo-arthrite traumatique simple, 1 cas.

Un durillon très douloureux, 1 cas.

Un moignon douloureux à la suite d'un écrasement par chemin de fer, 1 cas.

Une amputation du gros orteil, 1 cas.

L'amputation a été faite : 13 fois dans la continuité de la première phalange et 1 fois dans la continuité de la phalangette. La désarticulation du gros orteil a eu lieu 8 fois.

J'ai noté que 11 fois la réunion immédiate avait été obtenue, et que 8 fois la réunion avait été presque immédiate avec un peu de sphacèle ou un peu de suppuration des lèvres de la plaie. Dans 3 cas, le mode de cicatrisation n'a pas été mentionné.

La durée moyenne de la guérison a été de vingt-quatre jours dans le cas de réunion immédiate, et de trente-deux jours dans le cas de cicatrisation avec un peu de suppuration.

Sur les 22 opérés, aucune mortalité opératoire. Je signale toutefois le fait suivant, dans lequel un décès est survenu tardivement sans qu'on puisse l'attribuer à l'amputation :

Obs. 75. — Une femme D... (Marie), âgée de 60 ans, marchande ambulante, entre à la Pitié le 20 juillet 1888. Elle est affectée d'une ostéo-arthrite suppurée du gros orteil gauche. Elle est en même temps glycosurique à un degré avancé.

Le 28 juillet, je pratique la désarticulation du gros orteil. Suture du lambeau. Pansement de Lister.

Malgré le diabète, l'opération guérit sans suppurer par réunion immédiate, et la malade semblait hors d'affaire.

Mais, au bout de quelques semaines, une plaque de gangrène apparaît au talon. Bientôt la gangrène s'étend au pied et aux orteils, et prend la forme humide. Suppuration sanieuse à odeur infecte.

Malgré les pansements au crésole et au sublimé alternativement, la malade s'affaiblit peu à peu. La quantité du sucre augmente dans les urines, et la mort arrive le 10 novembre, trois mois et demi après la désarticulation du gros orteil.

Obs. 76. — *Mal perforant, ostéo-arthrite suppurée du gros orteil, désarticulation. Guérison.* — Le nommé H... (Henri), garçon boucher, âgé de 31 ans, entre le 19 janvier 1883 à la Pitié.

Rien dans les antécédents héréditaires.

Il n'a jamais eu de maladie antérieure. Pas de scrofule. Signes et aveux d'habitudes alcooliques prononcées.

En 1878, étant soldat, il fut piqué par un clou à l'orteil droit, mais la petite plaie se referma. Au bout d'un an, épaississement de l'épiderme à la face inférieure du gros orteil. Ce durillon a été enlevé. Le malade l'attribue à la piqûre du clou. En même temps que le durillon, il s'est formé latéralement une fente qui laissait suinter un peu de pus. Ce petit mal persista, empêchant le malade de travailler et causant des douleurs pendant la marche.

A la fin de 1882, le malade entra dans le service de M. le Dr Polaillon. A la suite de lavages à l'eau phéniquée forte, le malade sortit presque guéri, ne suppurant plus, mais conservant un petit orifice fistuleux sans aucune importance.

Il rentra à la Pitié, le 19 janvier 1883. La fistule était largement ouverte, les douleurs assez considérables, la suppuration beaucoup plus prononcée que par le passé.

Le malade est d'une constitution sèche. Il paraît bien portant; il n'a aucun signe de scrofule ni de tuberculose.

La marche est possible, mais difficile, à cause des douleurs. Les mouvements des articulations du pied et des orteils sont relativement faciles et non douloureux; c'est surtout dans la position déclive du pied que les douleurs se font sentir.

Au niveau du gros orteil du côté droit, immédiatement sur la première phalange, on trouve une ulcération de la largeur d'une pièce d'un franc, irrégulièrement circulaire. Le fond en est rougeâtre, fongueux, granuleux et saigne quand on le tou-

(1) Voir la *Gazette médicale* depuis le n° 13, 1893.

---

développement de l'industrie chimique dans un pays voisin, de l'industrie électrique dans tous les pays, ont eu pour agents, supérieurs ou subalternes, des hommes qui avaient suivi les cours des Universités ou qui sortaient d'Instituts dirigés par des professeurs d'Universités. Nos Facultés, en échange de tout ce que le pays a fait pour elles, ne demandent qu'à lui rendre de tels services, c'est-à-dire à lui préparer des médecins connaissant dans la mesure indispensable ces sciences, dites accessoires, et que nous appellerions plus volontiers fondamentales, des industriels ou des agriculteurs mis au courant des méthodes scientifiques et aussi, plus d'une fois sans doute, des savants éminents dont les aptitudes seraient restées ignorées et sans utilité.

En conséquence, votre Commission vous propose, à la presque unanimité, et sauf quelques changements de détail, l'adoption du projet qui vous est soumis.

Agréez, Monsieur le Président, l'hommage de mon profond respect.

Le ministre de l'Instruction publique, des Beaux-Arts et des Cultes,

R. Poincaré.

(*A suivre.*)

che. Les lèvres de l'ulcération sont livides, amincies et décollées. Par l'exploration avec le stylet, on arrive sur l'os, qui est irrégulier et dénudé. On peut constater une perte de substance dans le corps de la première phalange. L'articulation métarsophalangienne paraît saine. Les mouvements sont indolents et normaux.

Immédiatement autour de l'ulcération, la sensibilité tactile et douloureuse est complètement perdue. Plus en dehors, il y a un retard considérable de la sensibilité à la douleur. La thermesthésie et la sensibilité profonde, ainsi que la sensibilité articulaire, sont conservées. Les réflexes tendineux du pied et de la rotule sont absolument perdus. Il en de même de ceux de la main. Lorsque la malade cherche à faire des mouvements les yeux étant fermés, il y a une certaine incoordination; néanmoins le but est toujours atteint. Il n'y a pas de douleurs fulgurantes. On ne peut pas explorer la marche à cause des douleurs. Pas d'autres signes d'ataxie.

25 janvier. Chloroformisation. Lavages phéniqués. Pulvérisation phéniquée. Désarticulation du gros orteil. Lambeau dorsal et externe, à cause de la présence de l'ulcération plantaire. Les tissus sont durs et lardacés. Pendant que M. Polaillon opère, la portion terminale de la phalange se rompt et se détache avec la phalangette. Il termine l'opération en saisissant la phalange avec un davier de Farabœuf.

Il y a des fongosités autour de l'os et de l'articulation métatarso-phalangienne; mais l'articulation même *est absolument saine*.

Sutures métalliques. Petit drain à la partie antérieure de la plaie.

Le 26. Pas de douleur. Pas de fièvre. Bon état général du malade qui mange bien.

Le 28. On retire deux sutures. Pas de suppuration.

Le 30. On enlève les autres sutures. La plaie est réunie par première intention.

Le 4 février. Petite fusée purulente à la face dorsale, probablement dans la gaine de l'extenseur du gros orteil.

Le 26. Le malade quitte l'hôpital complètement guéri.

2° *Amputations ou désarticulations de l'un des quatre derniers orteils.*

10 cas { 9 hommes, 9 guéris / 1 femme, 1 guérie } 0 mort.

Les ostéo-arthrites suppurées, le mal perforant, une déformation acquise, un durillon douloureux, telles sont les causes qui ont nécessité ces amputations.

L'opération a porté sur le 2° orteil	3 fois		
—	3°	— 1	—
—	4°	— 1	—
—	5°	— 5	—

Il y a eu 6 amputations dans la continuité et 4 désarticulations.

La guérison par réunion immédiate a eu lieu 7 fois avec une durée moyenne de dix-huit jours.

Dans 1 cas la cicatrisation s'est faite par suppuration et le traitement a duré quatre-vingt-six jours.

3° *Amputations de métatarsiens avec l'orteil correspondant.*

17 cas { 13 hommes, 13 guéris / 4 femmes, 4 guéries } 0 mort.

12 fois, la cause de l'amputation a été une ostéo-arthrite tuberculeuse; 4 fois, le mal perforant; 1 fois, un épithélioma récidivant après l'amputation du gros orteil deux années auparavant.

Le tableau suivant indique la fréquence de l'opération selon l'espèce du métatarsien et la nature de l'amputation:

1er métatarsien, 6 amputations { 5 dans la continuité. / 1 désarticulation.

1er et 2e métatarsien, 1 amputation dans la continuité.

2e métatarsien, 1 amputation dans la continuité.

3e métatarsien, 1 amputation dans la continuité.

5e métatarsien, 5 amputations { 3 dans la continuité. / 2 désarticulations.

4e et 5e métatarsiens, 3 amputations { 1 dans la continuité. / 2 désarticulations.

Comme résultat, j'ai obtenu:

5 réunions immédiates et guérison en vingt-sept jours.

6 réunions avec un peu de suppuration ou un peu de sphacèle, et guérison en quarante-neuf jours en moyenne.

3 cicatrisations par suppuration avec guérison en cent quatre jours.

3 cas dans lesquels le mode de cicatrisation n'a pas été mentionné.

Aucun des opérés n'a succombé, et j'ai montré, dans une note à la Société de chirurgie (bul., t. VII, p. 328, 1881), que ces amputations longitudinales du pied pouvaient se concilier avec un bon fonctionnement et la facilité de la marche.

4° *Amputations partielles du pied.*

6 cas — 6 hommes, 6 guéris, 0 mort.

2 écrasements du pied, 2 ostéo-arthrites suppurées, 1 carcinôme de la région métatarsienne, 1 mortification de tous les orteils par gelure avec large plaie consécutive du métatarse, m'ont obligé à pratiquer ces amputations partielles.

J'ai eu 4 fois recours à la désarticulation sous-astragalienne, et 2 fois à l'amputation de Chopart.

Dans toutes ces opérations, j'ai suturé le lambeau et j'ai appliqué le pansement de Lister.

J'ai obtenu une réunion immédiate parfaite chez 3 opérés. Dans 2 cas, la réunion immédiate a été retardée par un peu de sphacèle du lambeau. Dans 1 cas, la plaie opératoire a suppuré (obs. 77).

La durée moyenne de la guérison, depuis l'opération jusqu'au moment où l'opéré était capable de marcher, a été de soixante-douze jours.

Dans tous les cas, le moignon était très satisfaisant. Dans les 2 amputations de Chopart notamment, il n'y avait aucun renversement du calcanéum en arrière, et le moignon avait conservé des mouvements de flexion et d'extension comme le pied sain. Tous les opérés marchaient avec un soulier spécial.

Obs. 77. — Le nommé L... (Jules), cocher, âgé de 34 ans, entre à la Pitié, le 12 octobre 1887. A la suite d'un coup de pied de cheval sur son pied droit, il s'est formé une ostéo-arthrite qui a suppuré. La partie antérieure du pied est tuméfiée, douloureuse à la pression, et présente plusieurs fistules qui laissent échapper un pus ichoreux et fétide. L'exploration avec le stylet indique que le métatarse et la rangée antérieure du tarse est atteinte d'ostéite suppurée.

Après avoir désinfecté, autant que possible, les foyers purulents en les lavant chaque jour avec une injection d'eau phéniquée à 5 p. 100, je me décidai à enlever les parties malades.

Le 20 octobre, le malade étant soumis à l'anesthésie chloroformique, je pratiquai la désarticulation de Chopart. Suture du lambeau, drain, pansement de Lister.

Le lambeau se réunit partiellement, et suppura dans quelques points. Tout marcha assez bien pendant quinze jours, la température montant parfois, vers le soir, à 38° et 39°.

Mais le 6 novembre, la température s'éleva à 40°,1, et je constatai un épanchement dans le genou droit. L'opéré était affecté de septicémie et l'épanchement du genou était vraisemblablement purulent.

Le 9 novembre, j'ouvris largement le genou et je lavai l'articulation avec une solution phéniquée forte. Drains. Pansements antiseptiques.

(*A suivre.*)

REVUE DES JOURNAUX

CORPS ÉTRANGERS DANS LES ORGANES GÉNITO-URINAIRES

I. — CONTRIBUTION A L'HISTOIRE CLINIQUE DES CORPS ÉTRANGERS DANS LES ORGANES GÉNITAUX DE LA FEMME, par le Dr CIPINSKY. (*Centralblatt für Gynaekologie*, 1893, n° 34, p. 791.)

II. — UN VERRE A BOIRE AYANT SÉJOURNÉ PENDANT DIX ANS DANS LE VAGIN ET EXTRAIT A L'AIDE DU FORCEPS, par le Dr BAZZANELLA. (*Wiener Klin. Wochenschrift*, 1893, n° 9.)

III. — UN CAS DE CORPS ÉTRANGER DU VAGIN, par le Dr PATRU. (*Revue médicale de la Suisse Romande*, 1893, n° 2, p. 141.)

IV. — EXTRACTION D'UNE BOUTEILLE HORS DE LA VESSIE, par le Dr C. NEWTON. (*Medical Record*, 3 septembre 1892.)

V. — UN PÉNIS DE PORC DANS L'URÈTHRE, par le Dr RODÉ. (*Centralblatt für Chirurgie*, 1893, n° 30, p. 659.)

VI. — CONTRIBUTION A L'HISTOIRE CLINIQUE DES CORPS ÉTRANGERS DE L'URÈTHRE ET DE LA VESSIE, par le Dr GROSGLIK. (*Medycyna*), 1892, nos 48-51.

I. — L'observation de Cipinsky concerne une femme de 50 ans, qui durant son enfance avait toujours été bien portante. Elle s'était mariée à l'âge de 30 ans, elle avait eu quatre couches normales. Elle était en état de ménopause depuis dix ans et veuve depuis huit ans. Il y a six ans elle était tombée, et depuis cette époque elle souffrait d'une descente de la matrice. Six mois après son accident une des ses amies, sous prétexte de lui refouler et de lui maintenir l'utérus dans les voies naturelles, lui avait introduit dans le vagin un bouchon de carafe en verre ; l'extrémité large du bouchon était dirigée en haut ; l'extrémité inférieure avait été détachée d'un coup de marteau. Quinze jours plus tard, la femme avait été prise de douleurs ; depuis un mois elle ne pouvait plus retenir ses urines. On avait essayé, mais en vain, de lui extraire le corps étranger, dans la localité qu'elle habitait.

Au toucher, on reconnaissait parfaitement la nature et la forme du corps étranger. Ce dernier était peu mobile ; il était même difficile de le faire tourner autour de son axe. Le vagin était rétréci et peu extensible. Aussi ne fallait-il pas songer à faire l'extraction du corps étranger simplement avec le doigt. Le vagin logeait en outre un grand nombre de concrétions, dont quelques-unes atteignaient le volume d'une noix.

Le corps étranger fut saisi avec de solides pinces et redressé. Pendant cette manœuvre, les pinces glissèrent à différentes reprises, et un fragment du bouchon fut détaché du reste de la masse. Finalement on réussit à terminer l'extraction du corps étranger, sans lésion grave du vagin. Après extraction des concrétions et lavage du vagin, on trouva ce conduit dans l'état suivant : à 3 centimètres du méat urinaire se voyait une déchirure à travers laquelle le doigt pouvait pénétrer dans la vessie. Un peu plus haut une autre déchirure entamait la paroi antérieure du vagin dans une profondeur de 2 centimètres. En écartant les lèvres de ces deux déchirures, on en faisait sourdre un peu de liquide muco-purulent. La portion vaginale était raccourcie, aplatie de bas en haut, sans trace apparente d'un orifice externe. La paroi postérieure portait plusieurs déchirures de forme irrégulière. La muqueuse de tout le tiers inférieur du vagin était le siège de dépôts pseudo-membraneux. L'utérus était un peu augmenté de volume et fléchi en arrière. La partie large du bouchon avait un diamètre de 5 1/2 centimètres.

Cette observation est à rapprocher de celle dont nous avons rendu compte récemment dans ce journal, (1893, n° 8, p. 912. Troisième observation de Hohenbalken). Fistule vesico-vaginale, occasionnée par la présence d'un bouchon de carafe dans le vagin.

II. — Au point de vue de l'étiologie le cas relaté par M. Bazzanella, est plus curieux encore. Il s'agit d'une femme qui se trouvait sur le point de se séparer de son mari. Celui-ci pour la mettre dans l'impossibilité de pratiquer le coït, lui introduisit dans le vagin un verre à boire, ayant la forme d'un tronc de cône, pesant 250 grammes, et dont les bases avaient pour périmètres respectifs 17 1/2 centimètres et 20 1/2 centimètres.

Le corps étranger séjourna dans le vagin de la femme pendant dix ans, sans occasionner d'autres désordres locaux qu'une nécrose superficielle des parties sur lesquelles appuyait le verre.

III. — Dans l'observation de M. Patru, il s'agit d'une femme de 70 ans, qui était affectée depuis plus de deux ans de pertes purulentes fétides. L'attention du médecin de la famille ne fut attirée sur ce détail que d'une façon tout à fait accidentelle. Le médecin crut à un cancer de la matrice et adressa cette femme à l'hôpital. Là on reconnut qu'on avait affaire à un corps étranger du vagin, dont l'extraction fut assez laborieuse. Le corps étranger consistait en une sorte de crin végétal comprimé et enveloppé d'une toile cirée plus ou moins décomposée. On cautérisa au nitrate d'argent les ulcérations du vagin, qui étaient couvertes de fausses membranes. La femme quitta l'hôpital entièrement guérie. Le corps étranger avait séjourné dans le vagin pendant trente ans.

IV. — Dans le cas relaté par M. Newton il est question d'une jeune fille qui, dans un but de lubricité, s'était introduit une petite bouteille dans l'urèthre. A un moment l'objet lui avait glissé des mains et avait disparu dans la profondeur des organes. Pendant cinq semaines elle garda le silence sur son accident, malgré les souffrances qu'elle endurait. Finalement elle vint conter son aventure au médecin. Après l'avoir endormie au moyen de l'éther, on lui dilata l'urèthre. L'index introduit dans la vessie put atteindre la petite bouteille et la refouler vers la symphyse. Puis, en se guidant sur le doigt explorateur, on introduisit des pinces à l'aide desquelles on réussit à extraire le corps étranger.

V. — L'observation de Rodé n'offre d'intérêt qu'eu égard à la nature du corps étranger que le patient, un boucher âgé de 28 ans, s'était introduit dans la vessie, pour satisfaire ses penchants d'érotomanie. Ce corps étranger n'était autre qu'un pénis de porc, qu'on parvint à extraire à travers une incision de l'urèthre. Le patient a succombé quinze jours plus tard, à des accidents de pyémie.

VI. — Une première observation de Grosglik concerne un homme de 22 ans qui avait la fâcheuse habitude de se titiller le canal de l'urèthre avec une aiguille, dans le but de se procurer des jouissances inavouables. Comme il arrive généralement en pareils cas, l'aiguille lui échappa un jour de la main, pour se perdre dans la profondeur du canal. Quarante-huit heures plus tard, le médecin, en l'examinant, constata la présence d'un corps étranger dans l'urètre, en regard de l'orifice anal. Le médecin saisit le corps étranger entre l'index et le médius de la main gauche introduite dans le rectum. Avec la main droite il poussa l'autre extrémité du corps étranger de façon à lui faire traverser la paroi du gros intestin. Dans ces conditions l'extraction se fit sans difficultés. Guérison sans incidents dignes d'être notés.

Trois autres observations relatées par Grosglik se rapportent à l'extraction de volumineux calculs phosphatiques logeant à leur centre un corps étranger (fragment de sonde, morceau de bois, épingle à cheveux).

Enfin une cinquième et dernière observation concerne une jeune servante qui, affectée d'un prurit vulvaire, s'introduisait une épingle à cheveux dans l'urèthre, pour calmer ses démangeaisons. L'aiguille glissa un jour jusque dans la vessie. Huit jours plus tard on procéda à son extraction à travers l'urèthre dilaté, en se servant d'une pince de Muzeux, guidée par l'index de l'opérateur.

E. Ricklin.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Thérapeutique obstétricale, par le Dr Auvard, accoucheur des hôpitaux. Bibliothèque de thérapeutique médicale et chirurgicale, 1 vol. avec 82 figures dans le texte. — Octave Doin, éditeur, 8, place de l'Odéon. Paris, 1893.

Voici un volume qui, nous en sommes bien sûr, rendra de grands services aux praticiens, lesquels peuvent se trouver journellement aux prises avec les difficultés de la clientèle obstétricale. « Que demande, en effet, le médecin dans ces conditions ? dit M. Auvard. Affairé du matin au soir, et quelquefois du soir jusqu'au matin, à peine quelques instants lui sont laissés pour la lecture. Un renseignement lui manque, sur un point d'obstétrique pour lequel sa mémoire, déjà si surchargée, se trouve en défaut; prenant le livre actuel, il cherche ce renseignement à l'article voulu, et s'il n'est pas traité là, une indication le renvoie immédiatement au bon endroit.

« Toute table devient ainsi inutile : ce qui, tout en simplifiant les recherches, diminue d'autant le volume de l'ouvrage ; les économies, mêmes petites, ne sont jamais à dédaigner. »

M. Auvard a parfaitement atteint son but. Les sujets sont traités par ordre alphabétique ; il est très aisé de les retrouver, selon les besoins et ils sont traités avec une grande clarté. Le volume renferme, condensés sous une forme pratique, tous les renseignements qui peuvent être extemporanément utiles, aussi trouvera-t-il sa place non point dans la bibliothèque, ce qui arrive pour beaucoup d'ouvrages, mais dans la poche de tout médecin praticien.

Salies-de-Béarn ; étude médicale, par le Dr Fernand Lavergne, ancien interne des hôpitaux de Paris, membre de la Société d'hydrologie, médecin consultant à Salies-de-Béarn. Un vol. in-8. — George Carré, éditeur, 58, rue Saint-André-des-Arts ; Paris, 1893.

Salies-de-Béarn est devenue, depuis quelques années, une station très fréquentée et justement fréquentée. Il a été publié plusieurs travaux et études sur la composition et la valeur de ses eaux ; M. Lavergne a repris ces études et donne dans le volume que nous avons entre les mains, un aperçu très complet de la question. Ce volume est divisé en trois parties. Dans la première, l'auteur étudie les qualités physiques et physiologiques des eaux de Salies, ainsi que leur action thérapeutique. Dans la seconde, il établit les indications thérapeutiques : tempérament lymphatique; diathèse scrofuleuse ; rachitisme; déviations de la colonne vertébrale ; tuberculoses variées ; maladies des femmes ; chloro-anémie maladies nerveuses. Dans la troisième, M. Lavergne signale les contre-indications à l'emploi des eaux de Salis : les maladies organiques du cœur, l'albuminurie avec anasarque, la phthisie tuberculeuse, qui sont des contre-indications générales à l'emploi de presque toutes les eaux minérales ; l'asthme et l'herpétisme, qui constituent des contre-indications spéciales à l'endroit des eaux de Salies mêmes.

R. F.-M.

BULLETIN

DE LA CONTAGIOSITÉ DE LA TUBERCULOSE ET DU CANCER.

Les Congrès viennent de se terminer, la période des vacances va se prolonger encore quelques semaines, de là une pénurie de documents qui rend malaisée la tâche de rédacteur du Bulletin, auquel incombe la mission de tenir ses lecteurs au courant de ce qui se passe dans le monde médical. Après l'émotion soulevée par la disparition de maîtres estimés, et après les articles élogieux publiés à cette occasion, nous ne trouvons aucun fait saillant, aucun événement et aucune communication scientifique pourvus d'un intérêt particulier. Seul, l'écho des derniers congrès se prolonge encore un peu, donnant matière à des polémiques justifiées par la nature et l'importance des questions qui ont été agitées dans les différentes réunions.

Parmi ces questions, celles dont la tuberculose a fourni le sujet sont toujours au premier plan, par ordre de gravité sociale. Malheureusement, on ne peut pas dire qu'il y ait eu de progrès réel, ni d'acquisition durable dans ce sens. Si nous sommes fixés aujourd'hui sur l'origine microbienne de la maladie, par contre, le désaccord persiste en ce qui concerne son pouvoir de contagiosité et conséquemment la prophylaxie qui lui est applicable. Les opinions émises récemment dans cet ordre d'idées ont été extrêmement diverses, parfois contradictoires les unes des autres. Alors que les uns contestent la réalité de la contagion, ou du moins sa fréquence, d'autres l'affirment résolument et la proclament comme une vérité en quelque sorte évidente par elle-même. Nous devons reconnaître que ces derniers ne sont pas les moins autorisés à exprimer une conviction que l'expérience personnelle leur a imposée de longue date. Parmi eux, on rencontre beaucoup de

médecins de campagne, c'est-à-dire de ces praticiens pour lesquels l'observation des faits isolés possède une valeur documentaire qui échappe au médecin des grandes villes dont le jugement est plutôt obscurci par le trop grand nombre de malades journellement soumis à son observation. Voici, par exemple, un confrère de province, M. le Dr D'Hotel (des Ardennes) qui a remarqué depuis longtemps l'extrême rareté de la tuberculose dans les villages et qui a constaté que le développement de cette maladie se fait toujours à la suite d'une importation fortuite et éventuelle. Évidemment, l'observateur a été placé ici dans des conditions particulièrement favorables pour apprécier sainement les choses, car il a pu suivre facilement et pour ainsi dire *de visu* la filiation des circonstances qui ont amené l'apparition de la phtisie dans des milieux où elles était jusque-là restée inconnue. Nous pouvons en conclure que l'opinion des médecins de campagne est d'une très grande valeur dans l'espèce, au point qu'on peut l'opposer délibérément à celle de leurs confrères urbains, dotés peut-être d'une science plus profonde, mais forcés d'exercer sur un théâtre bien moins propice à l'observation des faits au moyen desquels la question de la contagiosité peut être résolue. Toujours est-il que celle-ci reste ouverte, attendant une solution affirmative ou négative, et avec elle la détermination des règles prophylactiques à instituer désormais pour obtenir la limitation de la maladie. Heureusement que l'hygiène publique n'a pas à se préoccuper outre mesure de cette solution si désirée. Elle doit prendre les devants et faire intervenir vis-à-vis de la tuberculose les moyens dont elle dispose et qu'elle utilise depuis longtemps contre les autres maladies infectieuses. Les succès déjà réalisés dans cette voie sont une preuve qu'elle se rapproche ici étroitement de la vérité.

— Peut-on appliquer les mêmes considérations à la question de l'étiologie du cancer? Certes, on ne peut nier que celle-ci soit particulièrement difficile, en tous cas beaucoup plus obscure que celle de la contagiosité de la tuberculose. Ici encore il y a de profondes divergences, voire même un désaccord tel que, de prime abord, la conciliation paraît à peu près impossible. Raison de plus pour discuter sérieusement toutes les opinions formulées à ce sujet, même celles qui heurtent plus ou moins les idées généralement admises. Nous citerons parmi celles-là comme spécialement digne d'attention celle qui fait du cancer une affection réellement contagieuse, se propageant de préférence le long des cours d'eau et par l'intermédiaire de ceux-ci. Bien que marquée au coin de l'hypothèse, cette théorie a pour défenseurs des esprits sincères auxquels nous devons rendre cette justice qu'ils ont à un degré rare le courage de leur conviction. Au premier rang parmi ceux-ci nous voyons un médecin de province, M. le Dr Fiessinger, d'Oyonnax, dont le nom est bien connu des lecteurs de la *Gazette*. Notre confrère vient de publier, dans la *Revue de médecine*, un nouveau travail dans lequel il revient sur ce sujet, insistant avec force sur la valeur des observations qui peuvent faire croire à la réalité de ce mode de dissémination des affections cancéreuses dans les campagnes. Les dégénérescences néoplasiques sont pour lui le résultat de l'action nocive exercée par un ennemi venu du dehors; les tares de l'organisme peuvent bien prêter leur concours à cet ennemi, mais à la condition qu'il y ait introduction préalable du germe dans l'organisme. Telles sont les propositions qui forment la base de l'hypothèse de M. Fiessinger, et d'après lesquelles notre confrère pense pouvoir justifier *à priori* la théorie de la contagiosité, celle-ci devant désormais prendre le pas sur la vieille doctrine de la prédisposition héréditaire, à reléguer définitivement dans l'étiologie banale, et qui d'ailleurs n'explique rien, ne fait que reculer le problème sans le résoudre. Mais la fréquence du cancer est réglée par sa topographie, voilà une autre conclusion qui, pour notre savant confrère, se dégage à l'évidence d'une longue observation dans le milieu rural. Ce serait précisément l'étude raisonnée de cette topographie qui conduirait, suivant lui, à mettre en évidence le rôle propagateur des cours d'eau. Voilà certes une idée originale ingénieuse, pas plus invraisemblable que bien d'autres émises dans ces derniers temps. Malheureusement elle reste encore dans le domaine de la spéculation pure, et même elle exclut pour longtemps toute possibilité d'une démonstration quelconque. Aussi nous la rapportons ici simplement pour montrer où en est cette grave question de la nature et de l'étiologie du cancer, que nos prédécesseurs traitaient avec assez d'indifférence. Évidemment, nous ne sommes encore qu'à la phase préparatoire et à l'aurore des découvertes qui pourront être faites dans cet ordre d'idées. Mais il faut rendre justice à ceux qui cherchent à apporter un peu de lumière dans cette obscurité, sans se préoccuper des railleries réservées par avance à toutes les nouveautés, et sans se laisser arrêter par la perspective d'une opposition qui ne manque guère à ceux qui viennent troubler la quiétude des opinions courantes, de celles qui représentent le fond de l'enseignement officiel.

P. M.

MÉDECINE PRATIQUE

Epilepsie.

Pour éviter les attaques nocturnes, Da Costa recommande la formule suivante:

Hydrate de chloral.......... 2 grammes.
Sirop simple........ }
Eau distillée........ } ââ 4 —

A prendre le soir en se couchant.

(*Med. and Surgic. Reporter*, 3 juin 1893.)

Traitement de la douleur dans les affections de l'œil.

Quand la douleur est d'origine cornéenne, E. Jackson ordonne l'une de ces deux solutions:

1. Sulfate neutre d'atropine }
Chlorhydrate de cocaïne. } ââ 0,05 centigr.
Eau distillée.......... 8 grammes.

Instiller une goutte de cette solution dans l'œil toutes les trois ou six heures.

2. Sulfate d'ésérine......... 0,005 milligr.
Chlorhydrate de cocaïne ... 0,03 —
Eau distillée.............. 12 grammes.

Instiller une goutte de cette solution dans l'œil toutes les quatre ou six heures.

(*Med. and Surgic. Reporter*, 3 juin 1893.)

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — Sont nommé prosecteurs à la Faculté de médecine de Paris : MM. Guillemain, Souligoux, et Genouville ; aides d'anatomie, MM. Auvry, Launay, Roche, Picou, Mayet, Miguet et Bois.

École de médecine de Marseille. — Le Dr Vigneron, ancien interne des hôpitaux de Paris, vient d'être chargé d'un cours de maladies des voies urinaires à l'école de médecine de Marseille.

Médecins-inspecteurs de l'état civil. — Par arrêté en date du 5 août, M. le préfet de la Seine vient de nommer M. Charles Loisean, médecin-inspecteur du service de la vérification des décès, en remplacement de M. le Dr Albert Josias, démissionnaire.

Médecins de la police municipale. — Par arrêté en date du 8 courant :

1° M. le Dr Gillebert-Dhercourt, médecin en chef adjoint à la police municipale, est nommé médecin en chef, en remplacement de M. le Dr Nuzillat, admis à la retraite et nommé médecin en chef honoraire ;

2° M. le Dr Venet est nommé médecin en chef adjoint ;

3° M. le Dr Ducasse, médecin auxiliaire, est nommé titulaire ;

Legs aux hospices de Lyon. — Mme J.-B. Perret, veuve de l'ancien sénateur du Rhône, vient de donner de son vivant 2 millions aux hospices de Lyon, pour l'établissement d'un hôpital d'enfants convalescents *extra muros*.

Cet hôpital sera situé à Saint-Geniés, près Lyon, dans un domaine autrefois donné par l'impératrice Eugénie aux hospices de Lyon.

Quatre cent mille francs seulement seront affectés à la construction de l'édifice, et les intérêts du reste de la somme, c'est-à-dire de 1.600.000 francs, serviront à l'entretien de l'établissement qui contiendra 100 lits.

Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux. — *Etat nominatif des étudiants reçus docteurs en médecine pendant les mois d'avril, mai, juin, juillet 1893* (année scolaire 1892-93). — Lucas : Des manifestations pathologiques dues à la présence de la filaria sanguinis hominis, dans l'organisme humain. — Pourtaou : De la péricardite ourlienne. — Petit : Des gommes syphilitiques de la conjonctive. — Jacques : Contribution à l'étude des tumeurs adénoïdes de l'adulte. — Roy : Contribution à l'étude des rétrécissements du méat et de la portion balanique de l'urèthre. — Torcaut : De la pseudo-pelade. — Sabrazès : Sur le favus de l'homme, du chien et de la poule. — Marion : Contribution à l'étude de la trépanation du rachis dans les fractures de la colonne vertébrale. — Callen : De la teinture de cantharides dans les néphrites épithéliales. — Labat-Labourette : Contribution au traitement des adénites chroniques par les courants continus. — Régnier : Topographie des points moteurs utiles en électro-diagnostic (recherches expérimentales). — Bruyère : Contribution à l'étude clinique de l'épithélioma primitif du corps de l'utérus. — Lartigue : Contribution à l'étude clinique et thérapeutique de la broncho-pneumonie aiguë infantile. — Gaston : Curettage de l'utérus puerpéral. — Cornet : De l'antisepsie des voies biliaires dans le traitement de la colique hépatique et de la lithiase biliaire. — Candà : Etudes critiques sur la thérapeutique des hémorragies par inertie utérine après la délivrance. — Duchesne : Etudes sur P.-J. Georges Cabanis, 1757-1808. — Laborde : Du traitement électrique du tabes, recherches cliniques. — Frêche : De l'anasthésie générale par les inhalations de bromure d'éthyle. — Boublaux : De l'intervention sanglante dans la luxation congénitale de la hanche. — Darauzez : Contribution à l'étude des kystes séreux congénitaux du tronc et des membres. — Ozoux : De l'opération de Phelps. — Bordier : De l'acuité visuelle, étude physique et clinique. — Barcel-Peyrissac : Etude sur les abcès chroniques de l'amygdale. — Trape : Contribution à l'étude des malformations costales et de la hernie congénitale du poumon. — Secousse : Contribution à l'étude du mercure et de ses composés. — Vialolle : Contribution à l'étude des troubles génitaux provoqués par l'usage prolongé des préparations arsenicales.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Text. book of the eruptive and continued fevers, par John William Moore, B. A., M. D., M. Ch. Univ. Dublin. — Fannin and Co, éditeurs, 41, Grafton Street, Dublin, Irlande, 1892.

Bulletin hebdomadaire de Statistique municipale.

DÉCÈS NOTIFIÉS DU 20 AU 26 AOUT 1893

Fièvre typh., 12.—Typhus, 0.—Variole, 4.—Rougeole, 7.—Scarlatine, 3. — Coqueluche, 0.—Diphtérie, croup, 12.—Grippe, 0. — Affections cholériformes, 0. — Phtisie pulmonaire, 185. — Méningite tuberculeuse, 6. — Autres tuberculoses, 5. — Tumeurs cancéreuses et autres, 53. — Méningite, 35 — Congestion et hémorrhagie cérébrale, 37. — Paralysie, 6. — Ramollissement cérébral, 5. — Maladies organiques du cœur, 44. — Bronchite aiguë et chronique, 22. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 35. — Autres affections de l'appareil respiratoire, 24. — Gastro-entérite des enfants : sein, biberon et autres, 122. — Fièvre et péritonite puerpérales, 4. — Autres affections puerpérales, 1. — Débilité congénitale, 16. —Sénilité, 19. — Suicides, 15. — Autres morts violentes, 6. — Autres causes de mort, 121. — Causes inconnues, 6. — Total : 840.

Le Rédacteur en chef et Gérant : F. de Ranse.

Paris. — A. Davy, 52, rue Madame. — *Téléphone.*

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Rédacteur en chef : M. le Dr F. DE RANSE

Comité de Rédaction : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN
J. ARNOULD (de Lille), P. FABRE (de Commentry), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon)

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, avenue Montaigne (Rond-Point des Champs-Élysées)

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

DE LA TRANSFUSION NERVEUSE CHEZ LES ALIÉNÉS

(2e article),

Par le Dr A. Cullerre,
Médecin-Directeur de l'Asile d'aliénés de La Roche-sur-Yon.

L'année dernière, dans le numéro 35 de ce journal, j'ai publié un premier article sur les résultats obtenus dans mon service à l'aide des injections de liquide de substance grise chez les aliénés. Je désire aujourd'hui compléter ce premier travail par la relation d'observations nouvelles.

Qu'il me soit permis, auparavant, de rappeler les lignes principales de mon article de l'année dernière. Il se base sur quatorze observations d'aliénés appartenant aux formes mentales les plus diverses, affaiblis, cachectiques, ou malades, traités par des injections de liquide de substance grise au cinquième, faites tous les deux jours à la dose de 4 grammes pendant un temps convenable. Les effets ont été bons dans 8 cas, partiels dans 4 cas et nuls dans 2 cas seulement. Des 2 malades réfractaires au traitement, l'un était atteint d'un cancer du pylore et du foie ; l'autre était, selon toute probabilité, atteint de mal de Bright. Sur les 8 succès signalés, 6 se sont maintenus à l'heure actuelle ; les malades ont conservé, au point de vue de leur santé physique, tous les bénéfices du traitement. Le malade de l'obs. VI a succombé à un retour offensif de la cachexie. Le malade de l'obs. VII, après huit mois d'un état satisfaisant, a éprouvé une nouvelle poussée tuberculeuse.

Mes nouvelles observations sont au nombre de 20, les résultats ont été bons dans 16 cas et nuls seulement dans 4 cas.

Sur les 16 succès, 8 se sont maintenus et paraissent définitifs. Dans 8 autres, pour des causes que nous examinerons au fur et à mesure des observations, l'amélioration ne s'est pas maintenue.

Un fait sur lequel j'ai dû insister, dans mon précédent travail, c'est que, même dans les cas curables, les bons effets obtenus ont été presque exclusivement somatiques, l'état mental n'ayant subi que des modifications partielles ou nulles.

L'expérience acquise m'engageait donc à choisir de préférence, pour l'application de ce traitement, les cas où l'état général laissait à désirer, et ceux où, en raison de la déchéance des fonctions nerveuses, quelque affection intercurrente grave venait tout à coup compromettre l'existence. Je n'ai pas négligé cependant les cas peu nombreux où l'état mental, intimement lié à la neurasthénie, m'a paru justiciable, dans une certaine mesure, de la transfusion nerveuse.

FEUILLETON

RAPPORTS AU PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Suite et fin (1).

Décrets.

I

Le Président de la République française,

Sur le rapport du ministre de l'Instruction publique, des Beaux-Arts et des Cultes ;

Vu les décrets des 20 juin 1878, 23 juillet 1882 et 5 août 1884, relatifs au doctorat en médecine ;

Vu les décrets des 1er août 1883 et 31 juillet 1893, relatifs aux Écoles de plein exercice et préparatoires de médecine et de pharmacie ;

Vu le décret du 8 août 1890, relatif au baccalauréat de l'enseignement secondaire classique ;

Vu le décret du 31 juillet 1893, relatif au certificat d'études physiques, chimiques et naturelles ;

Vu la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine ;

Vu la loi du 27 février 1880 ;

Le Conseil supérieur de l'instruction publique entendu,

Décrète :

Article premier. — Les études en vue du doctorat en médecine durent quatre années ;

Elles peuvent être faites :

Pendant les trois premières années, dans une École préparatoire de médecine et de pharmacie ;

Pendant les quatre années, dans une Faculté de médecine, dans une Faculté mixte de médecine et de pharmacie ou dans une École de plein exercice de médecine et de pharmacie.

Art. 2. — Les aspirants au doctorat en médecine doivent

(1) Voir la *Gazette médicale*, nos 32, 33, 34 et 35 1893.

Je diviserai mes observations en 4 groupes que je présenterai successivement avec les remarques qu'elles m'ont suggérées.

I. — *Aliénés simplement affaiblis ou anémiques.*

OBSERVATION I. — Y..., 29 ans, entré le 7 novembre 1892, est un névropathe héréditaire, qui délire sous l'influence du moindre excès alcoolique.

Il y a deux mois, revenant d'une foire où il avait un peu bu, il s'est cru poursuivi par quatre individus qui voulaient le tuer ; à la suite de cette peur, il demeure triste, manifeste des préoccupations religieuses exagérées, de l'hypocondrie, se croit entouré d'ennemis et entre dans un délire furieux avec hallucinations panophobiques.

10 novembre. Agité, anxieux, s'imagine qu'on veut l'empoisonner, se jette sur tout le monde, prétend avoir la gorge bouchée, manifeste du délire religieux. Aucun stigmate hystérique, champs visuels normaux. Traits tirés, yeux hagards ; toujours en mouvement ; refus d'aliments, voix enrouée et converte, alternatives de semi-lucidité et d'agitation accompagnée de cris inarticulés et d'hallucinations panophobiques. On essaye les injections de liquide de substance grise. Poids 56 kil.

Le 12. Plus calme, moins délirant, mange mieux, 2e injection.

Le 27. L'amélioration physique se poursuit mais le délire s'est réveillé avec intensité.

24 décembre. Depuis la dernière note, le malade a été absolument calme et ne paraît plus délirer. Il se plaint de temps en temps d'une sensation de corps étranger dans la gorge. Embonpoint considérable, formes athléthiques, poids 67 kilogr. On supprime le traitement.

Sorti guéri le 28 janvier 1893.

Voilà un malade qui, en six semaines, malgré l'acuité des troubles intellectuels, prend 11 kilogrammes, et atteint un degré d'embonpoint qu'il n'avait jamais connu. En même temps que la santé physique s'améliore, l'affection mentale disparaît. C'est le seul cas que je puisse présenter d'une marche parallèle de l'amélioration physique et mentale. Il est vrai qu'il s'agit d'un de ces cas de délire se développant sur un terrain neurasthénique préparé par l'hérédité et dont les manifestations, exagérées en surface, semblent manquer de profondeur et se modifient ou disparaissent avec facilité.

Mais cette raison même n'explique pas le double résultat obtenu, comme le prouvent d'autres observations où l'élément psychopathique, dans des conditions analogues, n'a subi aucune modification alors que la santé physique s'est considérablement modifiée.

OBS. II. — R..., femme G..., 54 ans, entrée le 5 avril 1892, a été prise il y a quelques mois, sans l'influence de chagrins domestiques, de mélancolie anxieuse avec délire hypocondriaque et impulsions au suicide. « Ses intestins sont obstrués, rien n'y peut plus passer ; sa gorge est bien plus grosse que celle des autres, elle a au fond de la bouche un morceau de chair qui empêche les aliments de passer, etc. » Terreurs panophobiques ; elle s'est jetée à l'eau, a tenté de s'empoisonner avec des allumettes. Elle a aussi des impulsions homicides à la vue d'un couteau. D'un tempérament très nerveux, elle a eu autrefois des attaques hystériformes.

Quelque temps après son entrée elle manifeste des idées de négation ; elle répète à satiété que les autres mourront, mais qu'elle ne mourra jamais, qu'elle vivra indéfiniment sans boire ni manger.

Le 10. Pâle, amaigrie, anxieuse, se nourrissant à peine. Poids 41 kilogr. On commence les injections de liquide de substance grise.

Le 31. Le poids du corps a augmenté de 500 gr. Elle se nourrit mieux. Persistance du délire et de l'anxiété.

Le 10 octobre. Poids 45 kilogr. L'anxiété a diminué, mais le délire mélancolique persiste ainsi que les idées hypocondriaques et d'immortalité.

Le 13. Dernière injection. L'état général se montrant favorable, on dirige contre le délire un traitement par l'extrait d'opium.

Le 5. Sous l'influence d'une dose de 0 gr. 15 d'extrait thébaïque le délire a progressivement disparu et l'état mental est excellent.

Depuis, à plusieurs reprises, il y a eu quelques retours offensifs du délire que la médication opiacée a combattus avan-

---

produire, pour prendre leur première inscription, le diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire classique (lettres-philosophie) et le certificat d'études physiques, chimiques et naturelles.

ART. 3. — Ils subissent cinq examens et soutiennent une thèse.

ART. 4. — Les examens portent sur les matières suivantes :

Premier examen. — Anatomie, moins l'anatomie topographique. Épreuve pratique de dissection.

Deuxième examen. — Histologie, physiologie, y compris la physique biologique et la chimie biologique.

Troisième examen. — Première partie : Médecine opératoire et anatomie topographique.

Pathologie externe; acconchements.

Deuxième partie : Pathologie générale; parasites animaux, végétaux ; microbes.

Pathologie interne; épreuve pratique d'anatomie pathologique.

Quatrième examen. — Thérapeutique, hygiène, médecine légale, matière médicale, pharmacologie, avec les applications des sciences physiques et naturelles.

Cinquième examen. — Première partie : Clinique externe ; clinique obstétricale ;

Deuxième partie : Clinique interne.

Thèse sur un sujet au choix du candidat.

ART. 5. — Le premier examen est subi entre la sixième et la huitième inscription ; le second entre la huitième et la dixième ; le troisième entre la treizième et la seizième ; le quatrième et le cinquième après la seizième.

ART. 6. — Les notes obtenues par les candidats soit aux travaux pratiques, soit aux interrogations, soit dans les services cliniques où ils ont été régulièrement admis comme stagiaires, sont communiquées aux examinateurs par les soins du doyen. Il en est tenu compte pour le résultat de l'examen.

ART. 7. — Les étudiants inscrits dans les Écoles de plein exercice et dans les Écoles préparatoires réorganisées subissent

tageusement mais la santé générale est demeurée bonne dans son ensemble.

Cette observation, qui montre bien l'action énergique de la substance grise sur la nutrition, puisqu'en moins de deux mois le poids du corps s'est élevé de 4 kilogrammes, ne prouve-t-elle pas avec moins d'évidence l'impuissance de cette même substance contre les troubles psychiques, qui cependant ne semblent pas avoir des racines bien profondes puisqu'on les fait disparaître à volonté sous l'influence d'une faible dose d'extrait d'opium.

Obs. III. — G... femme D... 41 ans, admise le 2 février 1893, est atteinte de mélancolie simple consécutive à des chagrins domestique prolongés. Délire d'humilité et d'indignité; elle a commis de grandes fautes, elle est indigne de vivre; cris de désespoir, tentatives répétées de suicide par strangulation; tendance aux idées de négation et d'immortalité.

Le 10 avril. Pâle, teint terreux, corps amaigri, alimentation irrégulière. Poids 40 kilogr. On commence la transfusion nerveuse.

Le 10 mai. Etat général meilleur, un peu moins anxieuse, s'occupe un peu, mais manifeste les mêmes idées délirantes.

Le 24. Etat mental stationnaire, fait de nombreuses tentatives de suicide. Poids 41 kilog. 500.

Le 24 juin. Amélioration physique très marquée; poids 42 kilog. 500. Même état mental, agitée en ce moment. Délire d'immortalité : « elle ne pourra mourir, elle vivra cent mille ans ». L'état général étant très satisfaisant, on supprime les injections.

Comme on le voit, la transfusion nerveuse, qui a favorablement influencé l'état général, n'a pas empêché le délire d'évoluer vers la chronicité.

Obs. IV. — G..., femme F..., entrée le 30 mai 1890, était atteinte depuis un certain temps déjà d'un trouble mental caractérisé par des perversions affectives, des obsessions, des impulsions multiples et par moment d'une agitation maniaque se traduisant par des actes désordonnés ou méchants.

Depuis son entrée, elle passe par des alternatives d'excitation accompagnée d'idées mélancoliques, d'idées obsédantes et de craintes panophobiques. Elle a peur qu'on la tue; elle a commis des fautes, elle veut se confesser; elle se précipite vers les portes pour fuir. Puis elle tombe dans une sorte de stupeur avec refus d'aliments.

Le 1er juin 1893. Depuis quelques temps, cette malade, qui est d'un tempérament délicat et qui s'alimente irrégulièrement, est dans un mauvais état physique; pâle, amaigrie, incapable de tout effort, se plaignant de douleurs erratiques et de gastralgies. On commence les injections de liquide de substance grise à la dose de 4 grammes. Elles sont continuées tous les deux jours. Poids 44 kilogr.

Le 25. Amélioration de l'état général; l'alimentation se fait bien, mais la malade se plaint un peu de ses digestions qui sont pénibles.

Le 12 juillet. Le mieux s'accentue, l'embonpoint devient évident; la malade pèse 45 kilog. 200, elle mange bien et ne souffre plus de l'estomac. L'état mental n'est pas modifié; dépression mélancolique, mutisme, répondant à peine par monosyllabes.

L'observation suivante est un exemple typique de cette impuissance des injections de substance nerveuse contre les troubles psychiques de nature mélancolique que je signalais tout à l'heure.

Obs. V. — D. femme B..., 38 ans, est atteinte de mélancolie anxieuse depuis deux ans (1).

19 mai 1892. Cette affection ayant résisté à tous les traitements institués jusqu'alors, on la soumet aux injections de liquide extrait de substance nerveuse.

5 juillet. L'état physique est meilleur, la nutrition s'est améliorée, mais les crises anxieuses et le délire hypocondriaque sont toujours intenses.

Le 26. Elle mange bien, jouit d'une bonne santé physique, mais délire toujours et manifeste des idées hypocondriaques intenses. 30 injections ayant été faites sans résultat, au point de vue mental, on supprime le traitement.

Ainsi chez cette malade, la nutrition s'est améliorée sous l'influence du traitement, mais non l'état mental. Et cependant elle était curable, si bien curable qu'elle est sortie gué-

(1) Voir l'observation 2e du Mémoire du Dr Camuset sur le délire des négations au Congrès des médecins aliénistes, Blois, 1892.

---

le premier et le second examen devant l'École à laquelle ils appartiennent.

Art. 8. — Le jury est présidé par un professeur de Faculté délégué par le ministre.

Immédiatement après les épreuves, le président du jury adresse au ministre un rapport sur les résultats des examens.

Art. 9. — Les sessions d'examen ont lieu, dans les Écoles de plein exercice et dans les Écoles préparatoires réorganisées, deux fois par an, aux dates fixées par le ministre.

Art. 10. — Les étudiants inscrits dans les Écoles préparatoires non réorganisées subissent le premier et le second examen devant une Faculté aux époques fixées par l'article 5.

En cas d'ajournement ils sont tenus de se représenter devant la même Faculté.

Art. 11. — Les travaux pratiques de dissection, de laboratoire et le stage près les hôpitaux sont obligatoires.

Le stage près les hôpitaux est de trois ans. Il doit comprendre un stage d'au moins un trimestre dans un service obstétrical.

Un arrêté ministériel fixera la durée des travaux de dissection et des autres travaux pratiques.

Art. 12. — Les quatrième et cinquième examens et la thèse doivent être subis devant la même Faculté.

Art. 13. — Les présentes dispositions seront mises à exécution à dater du 1er novembre 1895.

Les aspirants inscrits avant cette époque subiront leurs examens conformément au décret du 20 juin 1878.

Ils devront, en se faisant inscrire, justifier soit du baccalauréat ès lettres, soit du baccalauréat de l'enseignement secondaire classique (lettres-philosophie) et du baccalauréat ès sciences restreint pour la partie mathématique.

Art. 14. — Sont et demeurent abrogées toutes les dispositions antérieures contraires à celles du présent décret.

Art. 15. — Le ministre de l'Instruction publique, des Beaux-Arts et des Cultes est chargé de l'exécution du présent

rie le 4 mai dernier après un traitement par les injections de morphine brusquement supprimé, conformément au procédé que j'ai indiqué dans un travail communiqué au Congrès de Lyon (2). Le résultat a été une perturbation violente de l'organisme, qui ainsi que je l'ai démontré, peut être et a été dans le cas actuel le point de départ de la guérison.

Je ne puis donc que m'associer à l'opinion émise par le Dr G. Paul dans son second mémoire sur la transfusion nerveuse, à savoir que ce traitement échoue contre la mélancolie.

Il semble en devoir être de même en ce qui concerne l'hypocondrie. C'est d'ailleurs l'opinion de l'auteur précédemment cité. Les malades ont beau être remontés plus ou moins par les injections, ils restent hypocondriaques et délirants. Nous en voyons déjà un exemple dans l'observation précédente où l'hypocondrie sert de support à un état mélancolique bien caractérisé.

En voici un autre où la neurasthénie hypocondriaque se dégage davantage de toute complication.

Obs. VI. — P..., 20 ans, admis le 24 mai 1892, est atteint d'un trouble mental caractérisé par du délire hypocondriaque, de l'angoisse, des obsessions et une complète perversion du sens moral. Il a pris ses parents en haine et se croit *envoûté* par sa mère. Il est déprimé, sans forces, se plaignant de toutes sortes d'indispositions imaginaires et s'abandonne à une mélancolie profonde.

Après divers traitements restés sans résultat, notamment les lavages de l'estomac dirigés vainement contre quelques symptômes de dilatation gastrique, il est soumis à la transfusion nerveuse à partir du 2 septembre.

8 octobre. État mental stationnaire, se plaint toujours d'une faiblesse générale, d'embarras de la tête, d'une foule de troubles impossibles à exprimer. Dépression mentale, inactivité complète, santé physique florissante. Suppression des injections.

Je pourrais citer un autre cas presque absolument semblable chez un jeune homme présentant outre de l'hypocondrie, des impulsions multiples et des symptômes passagers de maladie de Basedow. Sous l'influence des injections aucune modification favorable ne s'est produite.

(2) *D'un effet paradoxal obtenu par la suppression brusque de la morphine chez les aliénés soumis à ce médicament*, par le Dr A. Cullerre. (Congrès des médecins aliénistes, Lyon, 1891.)

II. — *Aliénés cachectiques.*

Les états cachectiques simples, d'origine purement nerveuse, quelle qu'en soit la gravité, sont en général favorablement modifiés par les injections de liquide cérébral. Je puis citer à l'appui de cette opinion un certain nombre d'observations

Obs. VII. — N..., femme B..., 47 ans, admise le 15 mars 1892 est atteinte de mélancolie avec délire des négations type Cotard.

23 novembre. Depuis quelque temps, l'état général est devenu mauvais, amaigrissement progressif et considérable; diarrhée, abstinence volontaire. On commence aujourd'hui les injections de liquide de substance grise. Elles sont continuées tous les deux jours.

25 février. La médication est suspendue à cause d'un petit abcès survenu au point d'une des dernières piqûres. Mais l'amélioration est considérable, la diarrhée depuis longtemps suspendue, la cachexie enrayée. L'embonpoint n'a pas beaucoup progressé néanmoins.

Aucune modification du délire.

15 juillet. L'amélioration persiste, l'état général est satisfaisant.

Obs. VIII. — V..., femme B..., 50 ans, admise le 1er mai 1893, est aliénée pour la première fois depuis quinze jours. Il est impossible de remonter à une cause déterminante quelconque; les parents ne peuvent rien nous apprendre à ce sujet. Un frère mort de mélancolie. Elle a eu 3 enfants; 2 sont morts, le survivant est soldat.

7 mai. Hébétude profonde, émaciation, faiblesse extrême qui l'oblige à garder le lit, diarrhée, gonflement œdémateux de la jambe gauche, mouvement fébrile rémittent; paralysie de la vessie exigeant un cathétérisme quotidien; ne prend que des liquides; on ne peut lui arracher un mot. Pousse des cris de douleur aussitôt qu'on la touche ou qu'on veut lui faire

---

décret, qui sera inséré au *Bulletin des lois* et publié au *Journal officiel*.

Fait à Marly-le-Roi, le 31 juillet 1893.

CARNOT,

Par le Président de la République :
Le ministre de l'Instruction publique, des Beaux-Arts et des Cultes,
R. POINCARÉ.

II

Le Président de la République française,

Sur le rapport du ministre de l'Instruction publique, des Beaux-Arts et des Cultes,

Vu le décret du 8 août 1890 relatif au baccalauréat de l'enseignement secondaire classique;

Vu la loi du 27 février 1880;

Le Conseil supérieur de l'instruction publique entendu,

Décrète :

ARTICLE PREMIER. — Il est institué dans les Facultés des sciences un enseignement préparatoire des sciences physiques, chimiques et naturelles.

ART. 2. — Sont admis à suivre cet enseignement les jeunes gens pourvus d'un diplôme de bachelier, et, après constatation de leur aptitude par la Faculté, les jeunes gens âgés de 17 ans au moins pourvus, soit du brevet supérieur de l'enseignement primaire, soit du certificat d'études primaires supérieures.

ART. 3. — A la suite de cet enseignement et après examens subis devant les Facultés des sciences, il est délivré un certificat d'études physiques, chimiques et naturelles.

ART. 4. — Pour être admis à l'examen, les aspirants doivent justifier de quatre inscriptions trimestrielles et de leur participation aux travaux pratiques.

ART. 5. — L'examen est subi devant la Faculté dans laquelle le candidat a pris les quatre inscriptions.

Il comprend :

exécuter un mouvement. La nuit cherche à se lever, parle, crie. Pupilles contractées, congestion des conjonctives. On commence les injections de substance grise.

Le 10. Elle s'est alimentée avec plus de facilité hier.

Le 12. A la diarrhée a succédé une constipation tenace; commencement d'eschares aux fesses, fièvre; urines épaisses et brunes.

Le 20. Légère amélioration dans l'état général. Nuits agitées, pousse des cris comme si on la tuait. Commence à se lever; urine désormais seule.

Le 10 juin. — Un peu plus de forces, l'alimentation se fait mieux. Hébétude intellectuelle toujours profonde, étrangère au monde extérieur; gâteuse. La nuit, dès 2 ou 3 heures, on la trouve debout au pied de son lit.

Le 30. Même état mental. L'amélioration physique est en ce moment stationnaire. La malade est prise de kératite avec hypopion.

Le 16 juillet. — La kératite commence à se modifier favorablement; l'appétit se développe considérablement; les repas ne lui suffisent plus; on est obligé de lui donner des aliments à toute heure du jour. L'hébétude et le gâtisme persistent.

Le traitement continue.

Voilà un de ces cas de folie par infection avec polynévrite probable, dont l'étude est à l'ordre du jour, qui semblait devoir se terminer promptement d'une façon fatale. La transfusion nerveuse a conjuré le danger, et peu à peu, très lentement à la vérité, mais d'une façon certaine et évidente, a relevé les fonctions nutritives presque suspendues. Je n'en veux pour preuve que cette sorte de boulimie notée à la fin de l'observation, et qui est absolument significative comme nous l'avons déjà montré.

On obtiendrait de même j'en suis persuadé, de bons résultats à la fin de la deuxième période de la paralysie générale, alors que la cachexie commence, si le gâtisme et la malpropreté de ces malades n'étaient une cause de contamination pour les piqûres et n'entraînaient quelquefois la formation d'abcès. J'ai dû, pour ce motif, renoncer à cette méthode chez deux paralytiques déjà en très bonne voie d'amélioration physique. L'un d'eux était atteint en même temps d'ataxie locomotrice, le début de la paralysie générale ayant été de beaucoup postérieur à l'apparition du tabes. Au bout de cinq semaines, j'inscrivais sur l'observation la note suivante :

« Mieux réel chez ce malade qui ne mangeait pas et avait une diarrhée profuse. L'appétit est excellent; il se lève tous les jours et n'a plus la diarrhée. »

Chez ces deux malades, presque les seuls chez qui les piqûres aient été suivies d'accidents locaux, je n'ai pas cru devoir m'entêter dans la médication commencée, et je me suis empressé de la suspendre. La maladie, comme de juste, a repris dans les deux cas sa marche ordinaire.

(*A suivre.*)

CLINIQUE CHIRURGICALE

STATISTIQUE ET OBSERVATIONS DE CHIRURGIE HOSPITALIÈRE,

Par le Dr Polaillon,

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu, professeur agrégé à la Faculté, Membre de l'Académie de médecine.

(Suite) (1).

XXX. — *Désarticulations tibio-tarsiennes.*

2 cas : 2 hommes, 1 guéri, 1 mort.

Ces 2 désarticulations ont été pratiquées l'une pour un épithélioma des orteils envahissant le pied, l'autre pour une tumeur blanche suppurée de l'articulation astragalo-calcanéenne.

Le premier opéré, homme de 72 ans, a succombé à une broncho-pneumonie survenue plus de trois semaines après son opération, qui était en voie de guérison (obs. 59). Ce décès n'est pas imputable à l'opération.

L'autre opéré a guéri. Voici son observation en abrégé :

Obs. 78. — M... (Emile), âgé de 26 ans, cocher aux omnibus, entre dans mon service de la Pitié le 13 novembre 1886.

Il y a trois ans, il s'est fait une entorse qu'il n'a pas soignée. Il a continué son travail malgré un gonflement et une douleur persistants.

(1) Voir la *Gazette médicale* depuis le n° 13, 1893.

Une interrogation et une épreuve pratique de physique; une interrogation et une épreuve pratique de chimie; une interrogation et une épreuve pratique de zoologie;

Une interrogation et une épreuve pratique de botanique.

Le tout conformément aux programmes qui seront déterminés par arrêté ministériel.

Art. 6. — Le jury est composé de trois membres de la Faculté.

Art. 7. — L'enseignement institué par le présent décret peut être organisé près les Écoles de médecine de plein exercice et près les Écoles préparatoires réorganisées. situées dans les villes où il n'existe pas de Faculté des sciences.

Les examens ont lieu sous la présidence d'un professeur d'une Faculté des sciences délégué par le ministre.

Art. 8. — Le ministre de l'Instruction publique, des Beaux-Arts et des Cultes est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera inséré au *Bulletin des lois* et publié au *Journal Officiel.*

Fait à Marly-le Roi, le 31 juillet 1893.

Carnot.

Par le Président de la République :
Le ministre de l'Instruction publique, des Beaux-Arts et des Cultes,
R. Poincaré.

III

Le Président de la République française.

Sur le rapport du ministre de l'Instruction publique, des Beaux-Arts et des Cultes,

Vu le décret du 1er août 1883;

Vu les décrets du 25 juillet 1885, relatifs aux suppléants et aux chefs de travaux dans les Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie;

Vu le décret en date du 31 juillet 1893, relatif au certificat d'études physiques, chimiques et naturelles;

Actuellement, le pied est gonflé et déformé. Plusieurs orifices fistuleux livrent passage à des fongosités. L'exploration avec le stylet montre que l'astragale et le calcanéum sont à nu. Les ligaments sont en partie détruits, ce qui permet d'imprimer au pied des mouvements de latéralité tout à fait anormaux. Il s'agit d'une arthrite fongueuse suppurée, probablement tuberculeuse, de l'articulation calcanéo-astragalienne, envahissant probablement l'articulation tibio-tarsienne.

L'amputation est refusée et le malade sort de la Pitié le 19 novembre, pour y rentrer quelque temps après, décidé à subir l'opération.

3 février 1887. Anesthésie avec le chloroforme. Désarticulation tibio-tarsienne avec section des deux malléoles. Suture, pansement de Lister.

Réunion par première intention.

1er mars. L'état local et général est excellent. Il sort pour aller à Vincennes.

Le 15. Il revient pour avoir un appareil prothétique.

XXXI. — *Résections tibio-tarsiennes.*

6 cas : 6 hommes, 6 guéris, 0 mort.

Ces résections ont été pratiquées pour une tumeur blanche, 1 cas (obs. 79), pour une fracture compliquée du péroné avec luxation du pied, 1 cas (obs. 80) et pour une déviation du pied à la suite d'une fracture du péroné seul ou d'une fracture bimalléolaire vicieusement consolidée 4 cas (obs. 81, 82, 83, 84).

Obs. 79. — *Tumeur blanche, résection tibio-tarsienne, guérison.* — Le nommé B... (Adrien), âgé de 17 ans, exerçant la profession d'imprimeur, entre à la Pitié le 16 juillet 1890. Il porte une tumeur blanche fongueuse, suppurée, de nature tuberculeuse, à l'articulation tibio-tarsienne gauche. Il existe des fistules par lesquelles on arrive sur les os dénudés et friables. Ce jeune garçon paraît d'une assez bonne santé, et ne présente pas d'autres manifestations de la tuberculose. Cette considération me fait préférer la résection tibio-tarsienne à l'amputation de la jambe.

Le 30 août, il est endormi par le chloroforme. La bande d'Esmarch est appliquée pour produire l'ischémie du membre. Deux incisions longitudinales, l'une en dehors suivant le péroné, l'autre en dedans dans la direction du tibia, permettent de détacher les tendons et les parties molles. L'articulation étant largement ouverte, la malléole externe est réséquée, puis le pied est luxé en dehors. L'extrémité inférieure des deux os de la jambe fait alors saillie à travers la plaie. Ils sont très malades, je détache autour d'eux les parties molles, et je les sectionne, avec une scie, à environ 8 centimètres de la mortaise. Ruginer l'astragale, enlever les fongosités avec la curette, laver tout le champ opératoire avec un jet de solution phéniquée (à 5 p. 100) complètent l'opération.

Suture de la peau. Drain. Pansement de Lister. Immobilisation du pied et de la jambe dans un appareil plâtré, présentant des ouvertures pour les pansements.

Une portion très étendue de la peau à la partie interne du pied se mortifia. La plaie suppura et se cicatrisa peu à peu par granulation.

Le 20 octobre, l'appareil plâtré fut renouvelé.

Le 15 novembre, la fièvre qui avait oscillé jusqu'alors entre 37°,5 et 38°,5 et même 39°, tomba, et se maintint à peu près à la normale.

Mais la large plaie bourgeonnante due à la chute des eschares fut très longue à se fermer. Ce n'est que le 7 juin 1891, que le jeune opéré put quitter l'hôpital. La plaie était complètement guérie. Il marchait avec une béquille, ne pouvant pas encore s'appuyer sur le pied posé sur le sol.

Le 25 août, il rentra à la Pitié pour obtenir un soulier à haute semelle, avec lequel il put un peu marcher.

Le 17 décembre, il rentra encore à la Pitié, pour un œdème généralisé. Il avait, en effet, une albuminurie qui céda au régime lacté.

Dans le courant de l'année 1892, il présenta une typhlite tuberculeuse, sur laquelle je reviendrai à propos des maladies de l'abdomen.

Le pied réséqué avait une conformation parfaite. Le cou-de-pied, privé de ses malléoles, était aminci, presque immobile, sans qu'il y eut une ankylose véritable. Le malade pouvait marcher, mais pour peu que la marche se prolongeât, le pied devenait douloureux et refusait son service. En somme, le pied était peu utile.

Vu le décret en date du 31 juillet 1893, relatif aux études en vue du doctorat en médecine;

Vu la loi du 30 novembre 1892;

Vu la loi du 27 février 1880;

Le Conseil supérieur de l'instruction publique entendu.

Décrète :

Article premier. — Les articles 2, 6 et 11 du décret du 1er août 1893 relatif à la réorganisation des Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie sont modifiés ainsi qu'il suit :

« Art. 2. — Les professeurs titulaires sont au nombre de douze savoir :

Un professeur d'anatomie descriptive;

Un professeur d'histologie,

Un professeur de physiologie,

Un professeur de pathologie interne,

Un professeur de pathologie externe et de médecine opératoire.

Un professeur de clinique médicale,

Un professeur de clinique chirurgicale,

Un professeur de clinique obstétricale,

Un professeur de physique,

Un professeur d'histoire naturelle,

Un professeur de chimie et toxicologie,

Un professeur de pharmacie et matière médicale.

Art. 6. — Les chefs des travaux sont au nombre de cinq, savoir :

Un chef des travaux d'anatomie et d'histologie,

Un chef des travaux de physiologie,

Un chef des travaux de médecine opératoire,

Un chef des travaux de physique et de chimie,

Un chef des travaux d'histoire naturelle.

Les grades à exiger des chefs de travaux sont :

1° Pour les chefs des travaux d'anatomie et d'histologie, de physiologie et de médecine opératoire, le diplôme de docteur en médecine;

OBS. 80. — *Luxation du pied en dedans à la suite d'une fracture de la malléole externe. Résection du péroné.* — Le nommé L... (Victor), âgé de 49 ans, camionneur, entre le 27 novembre 1882. A la suite d'une chute, qui date de trois ou quatre jours, il a une luxation du pied en dedans et une fracture de la malléole externe avec plaie et sphacèle des lèvres de cette plaie.

Après avoir pris les précautions antiseptiques habituelles, la plaie fut agrandie, l'extrémité inférieure du péroné fut réséquée, et le pied fut remis en place sans qu'il fût nécessaire d'étendre la résection au tibia. Pansement de Lister sans sutures. Application d'un appareil plâtré.

Je surveillai le malade, et je m'attendais à ce que l'amputation de la jambe devînt indispensable. Mais il n'en fut rien. La plaie suppura très peu et se cicatrisa par bourgeonnement. L'appareil plâtré fut renouvelé trois fois.

Quoique le blessé ait eu une pleuro-pneumonie pendant le cours de son traitement, il guérit et sortit de la Pitié, le 10 mars 1883. Le pied était exactement dans l'axe de la jambe et jouissait de quelques mouvements de flexion et d'extension. Le cou-de-pied était seulement un peu élargi.

Les 4 résections pour déviation du pied en dehors, à la suite d'une fracture malléolaire vicieusement consolidée, ont été faites d'après un procédé que j'ai communiqué à l'Académie de médecine, en 1881, séance du 20 septembre (Bulletin de l'Acad. de médecine, p. 1153 et 1422; 1881). Ce procédé consiste essentiellement dans la conservation de la malléole externe. Il comprend les quatre temps suivants :

1er *temps.* — Incision suivant le bord externe du péroné; *résection sous-périostée, avec la scie à chaîne ou le ciseau, d'un segment de péroné au-dessus de la malléole externe que l'on laisse attachée à l'astragale et au calcanéum par ses ligaments.*

2e *temps.* — Incision sur le bord interne du tibia, décollement du périoste sur l'extrémité inférieure de cet os et luxation du pied en dehors.

3e *temps.* — Section de l'extrémité articulaire du tibia, et, s'il y a lieu, de l'extrémité inférieure du péroné, pour bien mettre ces deux os au même niveau.

4e *temps.* — Rugination ou section de la surface articulaire de l'astragale et rétablissement du pied dans sa position normale.

Dans les procédés ordinaires de résection tibio-tarsienne, le premier temps consiste à sectionner le péroné au-dessus de la malléole et à enlever celle-ci. Or, je soutiens que cette pratique doit être évitée toutes les fois que cela est possible. En enlevant la malléole externe, on augmente inutilement le champ opératoire, on s'expose à ouvrir la gaine des péroniers latéraux et surtout on prive le pied d'un point d'appui indispensable pour le rétablissement de ses fonctions.

La résection sous-périostée est un grand progrès, car elle permet de reconstituer la mortaise, si l'os se reproduit. Mais la reproduction osseuse peut manquer, et, dans tous les cas, au lieu de conserver seulement la gaine périostique de la malléole externe dans l'espérance de sa régénération, on conviendra qu'il est plus sûr de conserver cette malléole elle-même.

OBS. 81. — P... (Georges), âgé de 41 ans, d'une constitution robuste, s'était brisé le péroné et l'extrémité inférieure du tibia, et en même temps s'était luxé le pied en dehors, en tombant avec une voiture dans le fond d'un ravin. L'accident avait eu lieu en juillet 1880, pendant un voyage en province. On fit, durant plusieurs jours, des tentatives répétées pour réduire la luxation et les fractures. On rompit même, pendant ces manœuvres, la peau amincie, et probablement mortifiée, qui recouvrait la malléole interne. Enfin, le dixième jour, une réduction plus ou moins complète ayant été obtenue, on plaça le membre dans un bandage amovo-inamovible. On pansait chaque jour la plaie interne. Au bout de deux mois et demi, les fractures étaient consolidées; mais le pied était fixé dans une attitude tellement vicieuse que le blessé ne pouvait marcher.

Le 15 janvier 1881, Georges P... étant entré dans mon service de la Pitié (salle Broca, n° 41), je constatai l'état suivant : le pied gauche, luxé en dehors, avait subi un mouvement de rotation selon son axe antéro-postérieur, si bien que la face plantaire regardait en dedans et n'appuyait plus sur le sol. C'était la partie supérieure du bord externe qui formait point d'appui pendant la station debout, comme dans un pied

---

2° Pour les chefs de travaux de physique et de chimie, le diplôme de docteur en médecine ou de pharmacien de première classe, ou de licencié ès sciences physiques;

3° Pour les chefs de travaux d'histoire naturelle, le diplôme de docteur en médecine ou de pharmacien de première classe, ou de licencié ès sciences naturelles.

Les suppléants prennent part à l'enseignement, ils peuvent être chargés, sans concours, des fonctions de chef des travaux.

ART. 11. — Les villes sièges d'Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie contractent l'obligation :

1° D'assurer le service des trois cliniques médicale, chirurgicale et obstétricale;

2° De mettre à la disposition de l'École une ou plusieurs salles consacrées aux maladies des enfants.

La clinique médicale et la clinique chirurgicale doivent comprendre chacune 50 lits au moins.

La clinique obstétricale ne peut en avoir moins de vingt.

ART. 2. — Le ministre de l'Instruction publique, des Beaux-Arts et des Cultes, est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait à Marly-le-Roi, le 31 juillet 1893.

CARNOT.

Par le Président de la République :
Le ministre de l'Instruction publique,
des Beaux-Arts et des Cultes,
R. POINCARÉ.

IV

Le Président de la République française,

Sur le rapport du ministre de l'Instruction publique, des Beaux-Arts et des Cultes,

Vu l'article 30 de la loi du 30 novembre 1892;

Vu les décrets en date du 20 juin 1878 et 31 juillet 1893, relatifs aux études médicales;

Vu la loi du 27 février 1880;

Le Conseil supérieur de l'instruction publique entendu,

bot varus très prononcé. En même temps, la pointe du pied était fortement déviée en dehors et le talon était porté en dedans. Le pied paraissait ankylosé dans cette position, et quand on lui imprimait des mouvements, on faisait beaucoup souffrir. Le cou-de-pied était très notablement élargi, état qui ne dépendait nullement d'une tuméfaction inflammatoire, mais de la présence d'un cal volumineux. Au niveau de la malléole interne existait une plaie transversale, longue de 3 centimètres environ, laissant passer cette saillie osseuse et versant un pus très fétide. En dehors, on sentait une dépression un peu au-dessus de la malléole externe.

La marche étant presque impossible et très douloureuse, le malade voulut être débarrassé de son infirmité par une opération quelconque, fût-ce même par une amputation.

Je pensai que la résection de l'extrémité inférieure des deux os de la jambe permettrait de replacer le pied dans sa position normale et de constituer un membre utile.

Le 8 février, après avoir chloroformisé le malade et appliqué la bande d'Esmarch, je fais la résection tibio-tarsienne d'après mon procédé.

Dans le premier temps, je pratique, sur le bord externe du péroné, une incision, de quatre centimètres, que je termine à un travers de doigt au-dessus du sommet de la malléole externe. Je décolle le périoste, et j'enlève avec le ciseau et le maillet, *au-dessus de la base de la malléole externe que je laisse en place*, une portion de péroné longue de deux centimètres.

Dans le deuxième temps, je fais, sur la face interne de la jambe, une incision que je prolonge jusqu'au sommet de la malléole interne, et qui tombe sur la plaie transversale signalée plus haut, de manière à former une incision en T. Je décolle le périoste autour de l'extrémité inférieure du tibia; puis, toutes les connexions ligamenteuses étant détruites, je luxe complètement le pied en dehors, de manière à faire saillir le tibia.

La section de l'extrémité articulaire de cet os, par un trait de scie bien perpendiculaire à son axe, forme le troisième temps de l'opération. Je résèque ainsi, à travers un cal très dur, à peu près deux centimètres du tibia.

L'astragale me paraît sain. Le cartilage qui recouvre sa face supérieure a, presque complètement disparu. Je me contente de ruginer légèrement cette surface et de laver le pus qui la recouvre.

Le pied est ensuite placé dans une position régulière par rapport à l'axe de la jambe. Les incisions latérales sont suturées avec des fils d'argent.

Un pansement phéniqué est appliqué et une large attelle plâtrée est moulée sur la face postérieure de la jambe, sur le talon et sur la plante du pied, de manière à embrasser le membre comme dans une gouttière et à le maintenir dans une immobilité rigoureuse.

Aucun des tendons, qui entourent le cou-de-pied, n'a été intéressé.

Les suites de cette opération furent simples. Le malade n'eut point de fièvre. Les plaies furent pansées tous les trois jours. La suppuration fut peu abondante et disparut le 11 mars.

Le 16, Un appareil ouaté et silicaté permit au malade de se lever.

Le 21 avril, le malade pouvait s'appuyer sur son pied sans éprouver trop de douleur. Mais le pied et la jambe étaient œdématiés comme après une fracture. Application d'un nouvel appareil ouaté et silicaté.

Le 24 mai, Un très petit abcès s'ouvre au niveau de l'incision péronière et donne issue à un petit séquestre qui n'a pas plus de 3 ou 4 millim. de longueur. Le malade est envoyé à l'asile de convalescence de Vincennes.

Le 18 juillet, Georges P... vient nous montrer son pied. Il marche aisément avec un soulier à talon élevé et en s'aidant d'une canne.

Le 20 septembre, l'opéré est présenté à l'Académie de médecine. On peut voir que le pied a sa position normale dans l'axe de la jambe et qu'il n'est pas déformé. Le cou-de-pied reste seulement un peu élargi. En dehors, le pied est bien soutenu par la malléole externe, qui est restée attachée à l'astragale et qui s'est réunie à la diaphyse du péroné par un cal osseux. En dedans, à la place de la malléole interne, existe une cicatrice solide. La jambe est raccourcie d'au moins quatre centimètres, non seulement par suite de la résection, mais encore par suite du chevauchement des fragments lors de la fracture du tibia et du péroné.

Au point de vue des fonctions, le pied possède quelques mouvements de flexion et d'extension. Ces mouvements sont limités à peu près au quart de ce qu'ils sont à l'état normal. J'espère que l'exercice augmentera encore leur étendue.

(A suivre.)

Décrète :

Article premier. — Pour obtenir le diplôme de docteur en médecine, les officiers de santé doivent subir les épreuves du troisième, du cinquième examen et de la thèse, conformément aux règlements en vigueur sur le doctorat en médecine.

Art. 2. — Le ministre de l'Instruction publique, des Beaux-Arts et des Cultes est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait à Marly-le-Roi, le 31 juillet 1893.

Carnot.

Par le Président de la République :
Le ministre de l'Instruction publique, des Beaux-Arts et des Cultes,
R. Poincaré.

REVUE DES JOURNAUX

I. — Un cas de grossesse de onze mois, par le Dr Max Bensinger. (*Centralblatt für Gynækologie*, 1893, n° 35, p. 817.)

II. — Délivrance spontanée après une durée anormale de la grossesse, par le Dr Rissmann. (*Eodem loco*, n° 34, p. 785.)

Le 2 juillet dernier, M. Bensinger a été appelé auprès d'une femme mariée âgée de 27 ans, d'une bonne santé antérieure, mère de deux enfants bien constitués, venus à terme. Le premier accouchement remontait à six ans et le dernier à deux. Cette femme était en état de grande agitation, au sujet de la durée extraordinaire de sa troisième grossesse. Elle avait eu pour la dernière fois ses règles du 10 au 15 août 1892; cette période menstruelle avait suivi un cours normal. Au commencement du mois de septembre elle avait éprouvé des symptômes en rapport avec une grossesse; le médecin de la famille, qu'elle consulta, constata effectivement qu'elle était enceinte. Elle attendait sa délivrance pour la fin de mai.

Voici l'état présent relevé par M. Bensinger à la date susdite : abdomen distendu à son maximum. Le fond de l'utérus

se tenait sur la ligne médiane près de l'épigastre. A la palpation on sentait le dos de l'enfant à gauche, les petites parties à droite et en haut. La tête était mobile à l'entrée du petit bassin. Les bruits du cœur fœtal s'entendaient très distinctement à droite de l'ombilic, dans une zone dont l'étendue correspondait à la largeur de la main ; les pulsations étaient au nombre de 130 à 140 à la minute. On était frappé de ce que les parties fœtales étaient partout en contact immédiat avec la matrice. Au toucher, le col apparaissait effacé. La tête était légèrement mobile à l'entrée du bassin.

La femme accoucha le 12 juillet à 6 heures du soir, après douze heures de travail. Grâce à la présence d'une ancienne déchirure du périnée, la tête passa sans difficulté ; par contre le dégagement des épaules,qui étaient d'une largeur anormale, fut très laborieux. Le délivre, au dire de la sage femme, était de dimensions insolites. Il ne s'écoula qu'une très faible quantité de liquide amniotique.

L'enfant pesait 6 kilogrammes. Sa taille mesurait 58 centimètres. Les dimensions suivantes ont été relevées par M. Bensinger, qui a mis en regard, entre parenthèses, les chiffres qui passent pour exprimer les dimensions normales :

Diamètre fronto-occipital	12,75	(11,75)
— biparíetal	10,25	(92,5)
— bitemporal	8,75	(8)
— mento-occipital	15	(13,05)
— suboccipito-bregmatique	10,5	(9,5)
Pourtour de la tête	37,5	(34,4)
Largeur des épaules	18	
— de la poitrine	13	
— des hanches	12,5	
Pourtour des épaules	43	
— de la poitrine	38	
— du bassin	36	

Ces dimensions parlent bien en faveur d'une durée insolite de la gestation.

Quant au reste, la femme s'est levée neuf jours après sa délivrance, en bonne santé. M. Bensinger a fait remarquer que si elle avait perdu son mari dans les deux premiers mois de sa grossesse, du même coup c'en était fait de sa réputation ; l'enfant eût été inscrit comme illégitime sur les registres de l'état civil, et d'après la législation en cours dans les principaux pays de l'Europe, notamment en Allemagne et en France il eût été privé de ses droits à l'héritage paternel. Rien plus grave eut été la chose,ajoute l'auteur, s'il se fût agi de l'héritier présomptif à quelque trône !

II. — L'observation de M. Rissmann a trait à la femme d'un confrère, secondipare, qui avait eu ses règles pour la dernière fois le 17 avril 1892. Le 23 janvier dernier, M. Rissmann constatait que cette femme était au neuvième mois de sa grossesse. Le bassin avait des dimensions normales. Les bruits cardiaques du fœtus s'entendaient très distinctement. Le col n'était pas effacé.

Le 6 février, c'est-à-dire treize jours après l'époque présumée de la délivrance, elle fut prise de douleurs ; celles-ci se reproduisirent à des intervalles d'un quart d'heure, jusqu'au lendemain, sans avoir de répercussion sur l'état du col.

Le 8. La femme déclare que depuis la veille elle ne sent plus les mouvements du fœtus.

Le 7 mars. Elle perd une petite quantité de liquide jaunâtre, par le vagin. On la relègue au lit.

Les 8, 9 et 10. Elle a des contractions utérines assez faibles à des intervalles d'un quart d'heure.

Pendant les trois jours qui suivent, la malade se plains d'avoir la langue sèche ; vomissements, coliques.

Le 17. On constate que le pourtour du ventre a notablement diminué.

Le 18. A 5 heures du matin, les douleurs se réveillent, plus intenses que jamais. Rupture de la poche des eaux, à 6 h. 1/2 du soir. Le liquide amniotique, très consistant, avait une teinte chocolat.

Le 19. La femme accouche spontanément d'un enfant mort-né, du poids de 4 k. 25. La peau de l'enfant était fortement macérée. L'autopsie n'a pas eu lieu.

Somme toute, l'enfant était mort au terme normal de la gestation, et la rétention du fœtus s'est continuée pendant deux mois, sans qu'on pût découvrir une des causes — traumatisme, rétrécissement syphilitique, tumeur — qui interviennent habituellement en pareil cas.

Faisons remarquer que si les exemples de [*missed labour* ne sont pas absolument rares, celui que vient de publier M. Rissmann offre cet intérêt exceptionnel de la durée relativement longue de la rétention du fœtus (plus de deux mois).

E. RICKLIN.

BIBLIOGRAPHIE

LA MÉTHODE DE BROWN-SÉQUARD. La médication orchidique, thyroïdienne, pancréatique, capsulaire et cérébrale, les injections d'extraits organiques, la transfusion nerveuse. *Physiologie, indications cliniques et thérapeutiques, technique*, par le Dr CH. ELOY.

Comme on le voit par le titre de l'ouvrage, c'est un exposé complet des nouvelles méthodes thérapeutiques, basées sur l'emploi des extraits d'organes, que M. le Dr Eloy présente au public médical. Il faut lui savoir grand gré d'avoir exposé sous une formule scientifique, des doctrines et des pratiques qui, accueillies au début avec une certaine réserve, risquaient de tomber dans le domaine des charlatans et des empiriques.

L'emploi rationnel de ces injections, si elles ne donnent pas toujours ce qu'on leur demande, repose cependant sur un ensemble de faits physiologiques que personne ne conteste plus aujourd'hui : on trouvera ceux-ci exposés dans la première partie de l'ouvrage avec tous les détails nécessaires à la compréhension de ce qui suit, pour ceux qui n'ont pas suivi éparses dans les journaux de chaque jour, les communications faites sur ce sujet de différents côtés.

C'est la médication orchitique qui tient ensuite la plus grande place du livre ; on y trouvera ses origines, les documents physiologiques qui autorisent son emploi en thérapeutique, et les documents cliniques qui sont venus le justifier, enfin un dernier chapitre est consacré aux applications thérapeutiques de cette médication, autrement à ses indications.

Cette partie du livre, claire, écrite de ce style incisif personnel à l'auteur, est d'une lecture facile et instructive : et ce n'est pas là un des côtés les moins curieux de cette sécrétion intense des épithéliums glandulaires, dont la doctrine appartient à notre illustre physiologiste Brown-Séquard.

Viennent ensuite la *médication thyroïdienne* dont l'emploi

avait été proposé dès 1887 par M. Bouchard, pour le traitement de myxœdème, la *médication pancréatique* pour le diabète maigre, la *médication capsulaire* pour la melanodermie d'Addison : tentatives sans grand bagage thérapeutique encore. Enfin la médication cérébrale dite transfusion nerveuse, à laquelle M. C. Paul a attaché son nom avec ses indications et ses résultats dans l'ataxie, dans l'épilepsie, les neurasthénies, etc...

Outre les réelles qualités d'exposition et de *précision scientifique*, l'ouvrage de M. Eloy a la bonne fortune d'être un livre d'actualité et c'est pour ces raisons diverses que notre confrère en retirera le succès qu'il mérite et que je lui souhaite.

Dr H. B.

QUESTIONS DU JOUR

LES MÉNINGITES SUPPURÉES NON TUBERCULEUSES.

Le temps n'est pas encore très éloigné où le nom de méningite était presque toujours synonyme de tubercules cérébraux et où, par conséquent, le fait seul de prononcer ce mot redouté impliquait un pronostic absolument grave, on pour mieux dire fatal. On ne faisait guère d'exception que pour certains cas dans lesquels l'action évidente d'une cause accidentelle, traumatisme, inflammation du voisinage, trépanation, suffisait à écarter le soupçon d'origine tuberculeuse et imposait l'idée d'une étiologie plus vulgaire, plus banale. Mais cette dernière catégorie ne représentait qu'une fraction minime, presque négligeable, dans le groupe des faits décrits et classés sous l'étiquette de méningites. Ainsi, dans les ouvrages réputés classiques, tels que le traité de MM. Rilliet et Barthez, la description roule presque tout entière sur la maladie tuberculeuse des méninges qui était, à l'époque où les auteurs écrivaient, le seul type connu et bien délimité. Les progrès de la science devraient se faire sentir ici comme ailleurs, et imprimer à ce chapitre de la pathologie une transformation qui entraîne la nécessité de le remanier et de le refondre. Ou plutôt c'est un nouveau chapitre qui est ouvert, et que nos successeurs auront la tâche de compléter. Or, nous possédons dès maintenant quelques notions importantes à l'aide desquelles on peut déjà tracer les grandes lignes du problème.

On doit l'acquisition de ces notions un peu à tous les pays où l'anatomie pathologique et la bactériologie sont en honneur. A côté des savants français, nous trouvons des noms allemands, italiens, anglais. Dans un travail d'ensemble sur la question, publié sous forme de thèse inaugurale, M. le Dr Vaudremer a résumé l'historique des nombreux documents qui s'y rapportent. C'est vers l'année 1875 que parurent les premières recherches bactériologiques grâce auxquelles cette question a subi une orientation nouvelle. En premier lieu, c'est Klebs qui, à cette époque, avait rencontré dans une autopsie de méningite des diplocoques d'une forme particulière, dont il donna une description détaillée ; puis Eberth qui, grâce à l'étude d'un cas analogue, apporta la première donnée relative à l'identité de nature entre la pneumonie et la méningite, et motiva ainsi un rapprochement auquel on n'avait guère songé jusqu'à lui. On trouve ensuite les noms bien connus de MM. Leyden, Weichselbaum, Foa et Bordone-Uffreduzzi, dont les recherches tendent à confirmer celles des précédents et à consolider la notion de l'origine bactérienne de certaines variétés de méningites, parmi lesquelles la variété dite cérébro-spinale, sur la nature de laquelle on avait émis tant d'hypothèses, et qui est restée si longtemps à l'état de problème nosologique. En France, c'est l'important mémoire de Netter, qui pose définitivement la question, par la description précise de la méningite à pneumocoques et l'assimilation de celle-ci avec la pneumonie. A partir de ce dernier travail, il devient vraisemblable que les deux maladies procèdent d'une même cause et l'on tend à admettre qu'elles sont simplement des localisations éloignées d'un agent pathogène commun, le pneumocoque. A partir de ce moment, les observations et les recherches se multiplient, plus ou moins confirmatives des précédentes, au point que l'on peut dire, avec M. Vaudremer, que dans l'espace de treize ans la pathogénie des méningites suppurées a été absolument différenciée. Dans ce concert d'investigations, c'est la méningite cérébro-spinale qui paraît absorber spécialement l'attention des chercheurs, et l'on peut constater, comme résultat commun de leurs efforts, une tendance de plus en plus marquée à catégoriser cette maladie dans la classe des maladies infectieuses. Mais la question dans ce sens n'est encore que posée, et la solution, que l'on peut commencer à entrevoir sera vraisemblablement l'œuvre de demain.

Quoiqu'il en puisse être, un coup d'œil général sur l'étiologie des méningites suppurées fournit déjà matière à des considérations intéressantes, et révèle bien des faits nouveaux. Dans le travail cité plus haut, M. Vaudremer a étudié ce chapitre avec soin et, pour la clarté du sujet, il a dû observer la loi nécessaire des catégories. Il cite en premier lieu les méningites qui surviennent dans le cours d'une maladie générale à microbes déjà décrits.

Le type le plus connu de celles-ci est la méningite consécutive à la pneumonie, dont M. Netter, qui a si bien contribué à la faire connaître, n'a pas rencontré moins de 25 cas, dans l'espace de six ans à peine. Puis il y a celles que l'on a vu survenir à la suite de la fièvre typhoïde, de la fièvre puerpérale, des endocardites, de la grippe. L'apparition d'une phlegmasie méningée, dans le cours de ces maladies dont l'élément pathogène est connu, s'explique assez naturellement et l'esprit entrevoit sans peine une relation entre l'affection primitive et la complication cérébrale.

Cette dernière remarque s'applique dans une certaine mesure, aux méningites qui succèdent à une lésion locale, à celles qui forment le groupe le plus anciennement étudié et le mieux connu.

Ce deuxième groupe renferme les cas les plus nombreux, ceux dont l'étiologie peut être reconstituée sans trop de difficulté. Dans l'ordre de faits qui s'y rapportent, on doit mentionner d'abord toutes les solutions de continuité des voies aériennes supérieures, plaies, ulcérations, excoriations, etc., les amygdalites aiguës, les affections de l'orbite. Mais ce sont les altérations de l'oreille qui mériteraient de figurer en tête de cette énumération, car, en réalité, on retrouve souvent les otites moyennes suppurées, les otites internes, les mastoïdites, à l'origine des méningites aiguës purulentes. Ici, le mécanisme de la complication cérébrale est facile à comprendre, car il repose tout entier sur la proximité de la lésion initiale et sur la pénétration de l'agent pathogène, de proche en proche, jusqu'à l'enveloppe des centres nerveux. L'infection peut s'opérer ainsi et aboutir à un résultat uniforme, l'inflammation méningée, avec des points de départ très différents.

Voilà certainement une notion claire, et qui ne paraît guère contestable. On a pourtant discuté sur cette question et on a fait, en ce qui concerne cette interprétation, des réserves plus ou moins motivées.

C'est l'étude des lésions qui peut justifier ces dernières restrictions. D'abord ces lésions n'ont pas toujours un caractère nettement inflammatoire : parfois, on ne trouve qu'un peu de congestion localisée à l'encéphale ou limitée aux méninges cérébellenses et médullaires. Cette particularité, d'après M. Vandremer, se rencontre fréquemment dans les méningites de l'homme; et fort souvent aussi chez l'animal au cours des expériences. Même on a trouvé parfois les méninges absolument saines, alors que du vivant des sujets, il y avait eu apparition de symptômes tels que le diagnostic de méningite s'imposait véritablement. Cette remarque est, soit dit en passant, d'une haute portée clinique, et on devra en tenir compte dans la pratique, toutes les fois que l'on se trouvera en face d'un pronostic à formuler. D'autre part, on n'arrive pas toujours à déterminer l'espèce microbienne du pus dans le cas de suppuration, qui est le cas le plus commun, car l'examen bactériologique est parfois négatif, ou bien fournit des notions telles que l'on peut en contester l'interprétation. On retrouve la preuve de cette difficulté surtout quand il s'agit de la méningite cérébro spinale, dite épidémique. L'opinion du jour tend visiblement à identifier cette variété avec la méningite à pneumocoques : mais la solution du problème est encore très éloignée. On discute aussi pour savoir le rôle qui incombe à certains microbes d'espèces déterminées, comme le coli-bacille, et sur la question de savoir si celui-ci est capable de produire la méningite : on diffère même d'avis sur l'intensité de son activité virulente. Ceci est pour montrer ce qu'il reste d'inconnues dans cette question de la pathogénie des méningites. Toutefois, la part faite à toutes restrictions, il demeure établi que les microbes ont un rôle prépondérant, majeur, dans cette pathogénie. On retrouve leur intervention comme une circonstance très fréquente, même habituelle, et les suppurations méningées sont par là comparables aux suppurations des autres tissus qui sont, comme on le sait d'après les travaux modernes, presque invariablement fonctions microbiennes.

Il n'y a guère à insister sur la symptomatologie des méningites aiguës, cette partie de leur histoire étant connue depuis longtemps. Il faut pourtant insister sur la méningite pneumonique, dite méningite à pneumocoques depuis le mémoire de Netter. On a signalé ici diverses particularités, entre autres l'élévation de la température au moment de la défervescence de la pneumonie, comme une circonstance propre à faire prévoir l'apparition prochaine de la complication cérébrale. On a également noté la raideur de la nuque, la contracture des muscles sacro-lombaires, celle des muscles de l'œil et de la face, et l'apparition de convulsions à la fin de la maladie, quand il s'agit d'un enfant, à l'inverse de ce qui a ordinairement lieu à cet âge. Mais ces divers symptômes sont loin d'avoir la même importance et la même valeur séméiologique. Dans la majorité des cas, la marche de la maladie est rapide, sa durée très courte. Ainsi, la forme suraiguë de la classification de Gintrac se rapporte presque exclusivement à cette catégorie de faits. Les exemples les plus probants dans ce sens nous sont fournis par les méningites consécutives aux otites. M. A. Robin, dans sa thèse d'agrégation, a insisté sur l'extrême brièveté de leur évolution, et il a cité à cet égard le fait instructif d'un enfant mort en dix minutes, fait qui peut assurément passer pour un spécimen de la forme foudroyante. Il s'en faut pourtant que les choses se passent toujours ainsi : et le même auteur que nous venons de citer croit devoir rappeler, en invoquant l'autorité du Dr Fournier, combien la maladie méningée secondaire aux lésions de l'oreille est souvent pauvre en symptômes, incomplète dans sa physionomie générale, irrégulière dans son évolution. Cette dernière remarque, rapprochée de la précédente, donne la note juste du pronostic en matière d'otites, et on devra en tenir compte dans les prévisions, au cas de complication méningée.

Les difficultés du diagnostic ne sont guère moindres que celles du pronostic. Ici plusieurs questions se juxtaposent naturellement. La plus importante est celle qui se rapporte à l'interprétation des phénomènes d'ordre cérébral survenant au cours des maladies générales. C'est toute la question des pseudo-méningites qui apparaît ici, avec ses incertitudes et ses obscurités. M. Vandremer reconnaît lui-même que dans certains cas il est impossible de trouver une étiquette précise. Même la méningite à pneumocoques, la mieux définie parmi celles qui reconnaissent une origine microbienne, ne s'affirme pas toujours avec des symptômes suffisamment pathognomoniques. L'expérience seule, une expérience consommée, peut permettre ici d'arriver à la découverte de la vérité. Du reste, on rencontre les mêmes desiderata quand il s'agit du traitement. Nous ne possédons guère de moyens efficaces à opposer à ces formidables accidents qui constituent le substratum clinique des méningites. Il y a eu pourtant quelques tentatives hardies, parfois heureuses, desquelles on peut conclure que la thérapeutique en pareille matière n'a pas encore dit son dernier mot. Ainsi, on a proposé l'application des procédés de l'antisepsie locale, à titre de moyen prophylactique: par exemple la désinfection minutieuse des cavités muqueuses qui servent de réceptacle et de lieu de pénétration aux agents pathogènes; et celle des plaies, ulcérations et autres lésions d'origine traumatique. C'est dans un ordre d'idées fort voisin que l'on a conseillé la perforation du tympan, au cas d'otites suppurées, puis la trépanation. Cette dernière opération est le procédé de choix, le moyen curatif par excellence : mais les indications qui l'autorisent dépendent elles-mêmes d'un diagnostic exact, et nous avons vu à quelles difficultés celui-ci se heurte trop souvent. On a même proposé récemment la vaccination au moyen d'un virus atténué, et cette méthode a trouvé faveur auprès de quelques esprits amoureux de la nouveauté. Il y a eu dans ce sens des expériences qui méritent d'être encouragées. Cette question du traitement des méningites aiguës est donc à l'ordre du jour, comme celle de leur étiologie. Les recherches ultérieures nous donneront sans doute la solution d'un problème qui n'est peut-être pas le plus difficile parmi ceux que l'étude de la pathologie propose journellement à nos méditations.

P. M.

NOTES ET INFORMATIONS

Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Toulouse. — *Excursion hydrologique faisant suite au cours d'hydrologie de l'année 1893.* — Visite des établissements thermaux du département des Hautes-Pyrénées (Argelès-Gazost, Cauterets, Saint-Sauveur, Barèges, Bagnères-de-Bigorre, Capvern). L'ex-

cursion touchera également, en se terminant, à Luchon (Haute-Garonne). Du 15 au 25 septembre prochain.

Les excursions annuelles, qui sont, en quelque sorte, le côté pratique du cours d'hydrologie, et que dirige le professeur lui-même, sont destinées à faire connaître sous leur vrai jour scientifique et médical, d'après un plan uniforme, les stations thermales visitées. C'est là le but de l'excursion dont nous faisons connaître les détails et les conditions.

On partira de Toulouse le 15 septembre pour se rendre directement à la station d'Argelès-Gazost, d'où l'on rayonnera sur Cauterets, Barèges et Saint-Sauveur. — D'Argelès on se rendra à Bagnères-de-Bigorre ; — De Bagnères-de-Bigorre à Capvern. — Afin que les élèves et les personnes qui participeront à cette excursion scientifique, puissent connaître la station qui s'intitule à juste titre : la Reine des Pyrénées, on ira de Capvern à Bagnères-de-Luchon. — De Luchon, on rentrera à Toulouse où l'excursion prendra fin.

La Compagnie du midi a accordé 1° une remise de 50 p. 100 à tous les membres de l'excursion, pour qu'ils puissent se rendre par sa ligne à Toulouse, et pour en repartir ; 2° également une remise de 50 p. 100 pour toute l'excursion. — Les autres compagnies accordent la même remise pour permettre l'arrivée à Toulouse et le départ.

Les maîtres d'hôtel, les voituriers, ont accordé des prix de faveurs pour tous les membres de l'excursion, surtout pour MM. les étudiants qui ont suivi le cours d'hydrologie et également pour les autres. Ceci nous a permis de calculer quel serait le prix exact de l'excursion (départ de Toulouse et retour à Toulouse).

Nous avons calculé ce prix en seconde, pour le chemin de fer, en ce qui concerne MM. les étudiants, et en première pour les personnes qui ne sont pas étudiants (médecins — pharmaciens — ingénieurs — architectes — amateurs, etc., etc.)

Nous avons établi les prix de 1re et 2e afin de profiter des express autant que possible.

1° Prix de l'excursion totale, toute dépense compris, pour tous les étudiants en médecine, en pharmacie, en droit, en sciences, en lettres de toute la France, 75 francs.

2° Prix pour les personnes qui ne sont pas étudiants, 120 fr.

Nota : On est obligé de voyager toujours en corps pendant tout le temps de l'excursion, sous peine de perdre tous les droits aux prix réduits de la Compagnie du midi, des maîtres d'hôtel, des voituriers, etc., etc.

On peut se faire inscrire à partir de ce jour, jusqu'au 4 septembre inclusivement, au secrétariat de la Faculté de médecine de Toulouse, en envoyant en mandat poste la moitié du prix de l'excursion, suivant les catégories. La seconde moitié sera versée entre les mains du trésorier de l'excursion, au moment où l'on viendra prendre à ce même secrétariat la carte de membre de l'excursion. — Dans le cas où l'un des membres inscrit ne pourrait pas prendre part à l'excursion la somme versée serait gardée jusqu'à concurrence des frais entraînés par l'inscription.

A partir du 10 septembre, les sommes versées seront gardées intégralement.

Si les personnes non étudiants, désiraient voyager en seconde, elles le pourraient; et dans ce cas on leur rembourserait la différence de prix entre les premières et les secondes, si la Compagnie ne s'oppose pas à ce changement.

Si les étudiants veulent voyager en 1re ils le pourront, en payant le supplément.

Le professeur d'hydrologie Dr F. GARRIGOU. — *Vu le Doyen :* CAUBET.

Toulouse, le 8 juin 1893.

NOUVELLES

Légion d'honneur. — Le *Journal officiel* du 4 septembre publie les nominations et promotions dans la Légion d'honneur faites par le ministre de l'intérieur à l'occasion du 14 juillet.

Est promu au grade d'officier : M. le Dr Napias, inspecteur général des services administratifs du ministère de l'intérieur. Chevalier du 13 juillet 1880.

Sont nommés chevalier : M. le Dr Guillemin, maire d'Alger. — M. le Dr Fiquet, médecin du ministère de l'intérieur. — M. Bertillon, chef du service de l'identité judiciaire à la préfecture de police. — M. le Dr Thulié, ancien président du Conseil municipal de Paris, membre du Conseil supérieur de l'assistance publique. — M. le Dr Bouilly, chirurgien de l'hôpital de la Maternité à Paris. — M. le Dr Doléris, médecin en chef de l'asile Ledru-Rollin, à Fontenay-aux-Roses (Seine). — M. le Dr Babinski, médecin des hôpitaux de Paris. — M. le Dr Tuffier, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. — M. le Dr Garetta, membre du Conseil général de l'Aude et maire de Lézignan. — M. le Dr Albert Chambay, membre du Conseil général de l'Orne, maire d'Alençon. — M. le Dr Cazaux, médecin aux Eaux-Bonnes (Basses-Pyrénées). — M. le Dr Delabost, directeur de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen.

Corps de santé militaire. — Par décret, en date du 27 août 1893, ont été nommés dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

Au grade de médecin major de deuxième classe. — M. le Dr Rivaud, ex-médecin-major de deuxième classe de l'armée active, démissionnaire.

Au grade de médecin aide-major de première classe. — M. le Dr Cot, ex-médecin aide-major de première classe de l'armée active, démissionnaire.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. Laplanche, Heftler, Tardivel, Jasewicz, Suss, Mercier, Rosaire, Morneau, Féolde, Vergez-Houlé, Morel, Lwoff, Roger, Clerval, Jacquinot, Bezançon, Jacques, docteurs en médecine.

Corps de santé de la marine. — Par décret, en date du 26 août 1893, a été nommé au grade de médecin de deuxième classe dans la réserve de l'armée de mer, M. le Dr Lorieux, médecin de deuxième classe des colonies, démissionnaire.

Chemins de fer de Paris à Lyon et à la Méditerranée — *Excursions en Suisse.* — Billets d'aller et retour de Paris à Berne et à Interlaken (*via* Dijon, Pontarlier, Les Verrières, Neuchâtel) ou réciproquement de Paris à Zermatt (*via* Dijon, Pontarlier, Lausanne) sans réciprocité.

Prix des billets. — De Paris à Berne : 1re cl., 101 fr., 2e cl., 75 fr., 3e cl., 50 fr. ; — De Paris à Interlaken : 1re cl., 113 fr., 2e cl., 84 fr., 3e cl., 56 fr ; — De Paris à Zermatt (Mont-Rose) : 1re cl., 140 fr., 2e cl., 108 fr., 3e cl., 71 fr.

Valable 60 jours, avec arrêts facultatifs sur tout le parcours. Franchise de 30 kilos de bagages sur le parcours P.-L.-M.

Trajet rapide de Paris à Berne en douze heures sans changement de voiture en 1re et 2e classe.

Les billets d'aller et retour de Paris à Berne et à Interlaken sont délivrés du 15 avril au 15 octobre ; ceux de Paris à Zermatt, du 15 mai au 30 septembre.

Le Rédacteur en chef et Gérant : F. DE RANSE.

Paris. — A. DAVY, 52, rue Madame. — *Téléphone.*

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Rédacteur en chef : **M. le Dr F. DE RANSE**

Comité de Rédaction : **MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN J. ARNOULD (de Lille), P. FABRE (de Commentry), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon)**

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, avenue Montaigne (Rond-Point des Champs-Élysées)

CLINIQUE MÉDICALE

ACTION ANTIPYRÉTIQUE DES BADIGEONNAGES DE GAIACOL SUR LA PEAU,

Par E. Robilliard.
Externe des hôpitaux de Lille.

Nous n'avons pas la prétention de faire ici un travail complet sur le sujet qui nous intéresse, mais seulement de relever quelques notes recueillies dans le service et sous l'inspiration de notre maître M. le professeur Lemoine.

Nous nous sommes guidé pour nos recherches sur les indications données par M. le professeur Bard dans le *Lyon médical* du 4 juin 1893.

Nos expériences ont eu comme sujets presque exclusifs (à part deux typhiques que nous n'avons pu suivre jusqu'au bout de leur maladie) des tuberculeux à différentes périodes et présentant quotidiennement de la fièvre. Tous nos malades ont retiré un grand bénéfice de ces badigeonnages au point de vue de l'abaissement de la température. Nous avons dû nous contenter de la température axillaire, les malades se soumettant difficilement à l'introduction du thermomètre dans le rectum.

Notre premier sujet est un tuberculeux dont l'affection semble remonter à quelques mois. Il présente, à son entrée à l'hôpital des lésions spécifiques assez avancées, surtout au sommet droit où l'on constate des craquements et même du gargouillement dans la fosse sus-épineuse.

Le 12 juin au soir le thermomètre marque 39°,5. On fait un badigeonnage de 1 gramme de gaïacol sur toute l'étendue du poumon droit à 4 heures. A 5 heures la température est tombée à 38° ; à 6 heures elle est à 37°,9. Elle reste assez longtemps à ce chiffre, pour remonter le lendemain matin à 38°,2. Ce jour-là 13 juin au soir elle atteint 40°,1 ; le malade a une expectoration purulente très abondante. On fait à 4 heures un badigeonnage de 1 gramme de gaïacol au même endroit que la veille.

Température à 5 heures........ 39°,5
— à 6 — .... 39°,7

Le malade est très abattu ; l'auscultation nous révèle au sommet droit l'existence d'une caverne remplie de pus. La température à 7 heures est remontée à 40°.

Le 14. A la visite du matin, la fièvre est nulle. Le gargouillement de la fosse sus-épineuse droite a fait place à un bruit de souffle amphorique. L'état du malade s'est beaucoup amélioré.

Le soir du même jour la courbe remonte à 40°. A 5 heures badigeonnage avec 2 grammes de gaïacol sur la partie antérieure de la cuisse.

FEUILLETON

TEXTE DE LA NOUVELLE LOI SUR L'ASSISTANCE MÉDICALE GRATUITE EN FRANCE PROMULGUÉE LE 17 JUILLET 1893

TITRE PREMIER

Organisation de l'Assistance médicale.

Article 1er. — Tout Français malade, privé de ressources, reçoit gratuitement de la commune, du département ou de l'État, suivant son domicile de secours, l'assistance médicale à domicile ou, s'il y a impossibilité de le soigner utilement à domicile, dans un établissement hospitalier.

Les femmes en couches sont assimilées à des malades.

Les étrangers malades, privés de ressources, seront assimilés aux Français toutes les fois que le gouvernement aura passé un traité d'assistance réciproque avec leur nation d'origine.

Art. 2. — La commune, le département ou l'État peuvent toujours exercer leurs recours, s'il y a lieu, soit l'un contre l'autre, soit contre toutes personnes, sociétés ou corporations tenues à l'assistance médicale envers l'indigent malade, notamment contre les membres de la famille de l'assisté désignés par les articles 205, 206, 207 et 212 du code civil.

Art. 3. — Toute commune est rattachée pour le traitement de ses malades à un ou plusieurs des hôpitaux les plus voisins.

Dans le cas où il y a impossibilité de soigner utilement un malade à domicile, le médecin délivre un certificat d'admission à l'hôpital. Ce certificat doit être contresigné par le président du bureau d'assistance ou son délégué.

L'hôpital ne pourra réclamer à qui de droit le remboursement des frais de journée qu'autant qu'il représentera le certificat ci-dessus.

Art. 4. — Il est organisé dans chaque département, sous l'autorité du préfet et suivant les conditions déterminées par

Température à 6 heures........ 38,4
— à 7 — .... 37°,3
— à 8 — .... 37°.4

Le 15. A 10 heures du matin. T., 38°. On fait un badigeonnage sur la cuisse avec 2 grammes. La défervescence est brusque; à 10 heures 1/2 le thermomètre marque 37°,5.

Température le soir........... 38°,4.

Le malade se plaint de sueurs abondantes et d'un goût très prononcé de gaïacol dans la bouche. Il nous prie de ne pas lui faire de badigeonnage.

16 juin au soir. T., 39°,9.

Badigeonnage avec 2 grammes sur le dos.

Température à 6 heures........ 36°,8
— 7 — 37°,5

Le thermomètre est resté à ce chiffre ou à peu près toute la nuit. Le malade a passé une bonne nuit, il reprend appétit.

A partir de ce jour, nous diminuons les doses de gaïacol.

Le 17. A 5 h. 1/2. T., 38°,1.

Badigeonnage de 0 gr. 50 de gaïacol sur un espace très restreint du dos.

Température à 6 h. 1/2.......... 38°
— 7 h. 1/2.......... 37°,5

Jusqu'au 20 juin, la température n'a pas dépassé 37°,2.

Le soir de ce jour, à 5 heures, le thermomètre marque 39°,9.

Badigeonnage de 0 gr. 50 sur la cuisse.

Température à 6 heures........ 39°
— 7 — 38°,1
—......8 — 37°,5

Le 21. A 5 heures du soir, la température est à 39°,5.

Badigeonnage avec 1 gramme de gaïacol sur la cuisse.

Température à 6 heures......... 38°,4
— 7 — 37°,5
— 8 — 37°

Le 22. Température à 4 heures, 39°,9.

Badigeonnage de 1 gramme sur le bras sur un espace de 1 décimètre.

Température à 5 heures.......... 37°,9
— 6 — 37°,4
— 7 — 37°,1

Le 22. Température à 4 heures, 38°,1.

Badigeonnage de 0 gr. 50 sur le bras dans un espace aussi restreint que possible.

Température à 5 heures........ 38°
— 6 — 37°,3
— 7 — 37°,1

Le 24. A la visite du matin la température est à 37°.

Notre deuxième sujet est encore un tuberculeux présentant quelques craquements aux deux sommets, mais sans suppuration abondante du poumon.

Le 12. A 4 heures du soir le thermomètre marque 38°.

Badigeonnage de 1 gramme sur le dos.

Température à 5 heures.......... 37°,3
— 6 — 37°,6

Le 13 juin au matin. La température ne dépasse pas 37°; le soir elle est à 37°,4.

Le 14 et le 15. Les températures matutinale et vespérale étant normales, on ne fait pas de badigeonnage.

Le 16. A 5 heures du soir. T., 39°,5.

Badigeonnage avec 1 gramme sur un espace de 1 décimètre dans le dos.

Température à 6 heures...... 37°,7
— à 7 — ...... 37°,4

Le 20 juin à 5 heures du soir. T., 38°,2.

Badigeonnage de 2 grammes sur la cuisse.

Température à 6 heures...... 37°,2
— à 7 — ...... 36°,9
— à 8 — ...... 36°,5

Le malade se plaint de sueurs abondantes et demande qu'on cesse les badigeonnages.

Nous avons expérimenté le gaïacol sur un troisième tuberculeux dont les lésions siégeaient presque exclusivement du côté droit et en arrière. Matité, respiration rude, craquements, fièvre irrégulière. Les résultats obtenus ont été identiques aux précédents. Toujours la température a baissé avec la même régularité et fort peu de temps après le badigeonnage.

Deux autres malades que malheureusement nous n'avons pu suivre assez longtemps dans les salles du service de M. le prof. Lemoine, ont été soumis aux badigeonnages de

---

la présente loi, un service d'assistance médicale gratuite pour les malades privés de ressources.

Le conseil général délibère dans les conditions prévues par l'article 48 de la loi du 10 août 1871 :

1° Sur l'organisation du service de l'assistance médicale, la détermination et la création des hôpitaux auxquels est rattaché chaque commune ou syndicat de communes;

2° Sur la part de la dépense incombant aux communes et au département.

Art. 5. — A défaut de délibération du conseil général sur les objets prévus à l'article précédent, ou en cas de la suspension de la délibération en exécution de l'article 49 de la loi du 10 août 1871, il peut être pourvu à la réglementation du service par un décret rendu dans la forme des règlements d'administration publique.

TITRE II

Domicile de secours.

Art. 6. — Le domicile de secours s'acquiert :

1° Par une résidence habituelle d'un an dans une commune postérieurement à la majorité ou à l'émancipation;

2° Par la filiation. L'enfant a le domicile de secours de son père. Si la mère a survécu au père, ou si l'enfant est un enfant naturel reconnu par sa mère seulement, il a le domicile de sa mère. En cas de séparation de corps ou de divorce des époux, l'enfant légitime partage le domicile de l'époux à qui a été confié le soin de son éducation;

3° Par le mariage. La femme, du jour de son mariage, acquiert le domicile de son mari. Les veuves, les femmes divorcées ou séparées de corps, conservent le domicile de secours antérieur à la dissolution du mariage ou au jugement de séparation.

Pour les cas non prévus dans le présent article, le domicile de secours est le lieu de la naissance jusqu'à la majorité ou à l'émancipation.

Art. 7. — Le domicile de secours se perd :

gaïacol. Tous deux ont été reconnus atteints du typhus et évacués aussitôt dans un service spécial.

Au premier nous n'avons fait qu'une seule application le jour de son entrée. La température était à 39°,5.

Nous lui avons fait un badigeonnage de 2 grammes sur la poitrine à 6 heures, à 7 heures le thermomètre était tombé à 39° et à 8 heures il marquait 37°,7.

Le deuxième typhique entre à l'hôpital à 5 heures du soir avec 40°,5.

Badigeonnage avec 2 grammes sur la poitrine.

Température à 7 heures...... 39°,8
— à 8 — ...... 38°,2

Le lendemain matin à 10 heures. Température 40°,2. Application de 2 grammes de gaïacol.

Température à 11 heures..... 40°,2
— à 12 — ..... 40°

Il est regrettable que nous n'ayons pu continuer ces recherches; les deux ou trois applications que nous avons faites ne sont pas suffisantes pour tirer une conclusion, mais l'abaissement rapide de la température chez ces 2 derniers sujets semble indiquer que l'action du gaïacol en badigeonnages n'est pas nulle chez les typhiques. Il serait intéressant de les continuer dans un service spécial.

De ce qui précède, nous pouvons tirer quelque conclusions qui paraissent suffisamment démontrées :

1° Le gaïacol en applications sur l'épiderme abaisse la température, beaucoup plus rapidement que ne le fait le sulfate de quinine et cela d'une façon constante. Cet abaissement de température est considérable, quelquefois de plusieurs degrés ;

2° L'endroit de la surface cutanée choisi, de même que l'étendue de cette surface, n'ont aucune importance. Nous avons, en effet, fait nos applications sur le dos la poitrine, les bras et les cuisses, sans remarquer de différences;

3° La dose de gaïacol à employer peut varier, mais il nous semble qu'une application de 0 gr. 50 suffit pour obtenir d'excellents effets.

Nous croyons plutôt que la question de pureté du médicament a une importance majeure. Nous avons en effet fait quelques badigeonnages avec du gaïacol impur non privé de toute sa créosote, nos malades se sont plaints d'une sensation de brûlure assez intense et la peau touchée devenait très rouge ;

4° Les malades se prêtent volontiers à ce genre de médication. Ils en ressentent rapidement les bons effets. Tous ceux que nous avons observés se sont plaint d'une augmentation considérable de la sueur, et d'un goût prononcé de gaïacol dans la bouche,

Les urines paraissent plus abondantes; nous y avons recherché le gaïacol, mais la méthode est fort compliquée et nos résultats ont été négatifs. Cependant il nous parait à peu près démontré que le médicament est absorbé par la peau. Ce qui nous le fait croire c'est que nos malades en sentent le goût dans la bouche, alors qu'ils n'ont pu le respirer, car nous avions coutume de recouvrir l'endroit badigeonné de taffetas imperméable, de ouate et de comprimer avec une bande.

Nous nous sommes demandé si l'imagination n'avait pas sa part dans les résultats obtenus. Nous nous sommes convaincus du contraire en faisant à plusieurs reprises des badigeonnages avec de l'eau colorée par le carmin. Nous n'avons obtenu aucun abaissement de température.

Quelques recherches entreprises sur des animaux ne nous ont donné aucun résultat.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

DE LA TRANSFUSION NERVEUSE CHEZ LES ALIÉNÉS

(Suite et fin).

Par le Dr A. Cullerre,
Médecin-Directeur de l'Asile d'aliénés de La Roche-sur-Yon.

III. — *Aliénés tuberculeux ou atteints d'affections organiques.*

MM. Brown-Sequard et d'Arsonval rangent la tuberculose pulmonaire au nombre des affections heureusement influencées par le liquide testiculaire. Les améliorations

(1) Voir le numéro précédent.

1° Par une absence ininterrompue d'une année postérieurement à la majorité où à l'émancipation ;

2° Par l'acquisition d'un autre domicile de secours.

Si l'absence est occasionnée par des circonstances excluant toute liberté de choix de séjour ou par un traitement dans un établissement hospitalier situé en dehors du lieu habituel de résidence du malade, le délai d'un an ne commence à courir que du jour où ces circonstances n'existent plus.

Art. 8. — A défaut de domicile de secours communal, l'assistance médicale incombe au département dans lequel le malade privé de ressources aura acquis son domicile de secours.

Quand le malade n'a ni domicile de secours communal, ni domicile de secours départemental, l'assistance médicale incombe à l'État.

Art. 9. — Les enfants assistés ont leur domicile de secours dans le département au service duquel ils appartiennent, jusqu'à ce qu'ils aient acquis un autre domicile de secours.

TITRE III

Bureau et liste d'assistance.

Art. 10. — Dans chaque commune, un bureau d'assistance assure le service de l'assistance médicale.

La commission administrative du bureau d'assistance est formée par les commissions administratives réunies de l'hospice et du bureau de bienfaisance, ou par cette dernière seulement quand il n'existe pas d'hospice dans la commune.

A défaut d'hospice ou de bureau de bienfaisance, le bureau d'assistance est régi par la loi du 21 mars 1873 (articles 1 à 5), modifiée par la loi du 5 août 1879, et possède, outre les attributions qui lui sont dévolues par la présente loi, tous les droits et attributions qui appartiennent au bureau de bienfaisance.

Art. 11. — Le président du bureau d'assistance a le droit d'accepter, à titre conservatoire, des dons et legs et de former, avant l'autorisation, toute demande en délivrance.

qu'ils ont constatées ne sont toutefois que dans la proportion de 8 0/0.

J'ai obtenu moi-même quelques résultats encourageants dans cette maladie à l'aide des injections de substance grise.

Ainsi le malade de l'observation III de mon premier mémoire continue à être dans un état satisfaisant. Néanmoins les améliorations ainsi obtenues ne se maintiennent pas toujours. Je rappellerai en particulier le malade de l'observation VII de mon premier mémoire qui guéri d'une poussée tuberculeuse grave avec pleurésie en 1892, après avoir passé un hiver assez bon est retombé depuis quelques semaines et paraît ne devoir pas se relever de cette nouvelle atteinte. Si une fois l'amélioration obtenue, on eût continué le traitement, peut-être les effets favorables eussent-ils pu être maintenus.

Voici un cas analogue à celui dont je viens de parler.

Obs IX. — G..., femme N... 34 ans, admise le 8 septembre 1892. Elle est atteinte depuis six ans de folie chronique avec incohérence et confusion des idées, hallucinations, et accès d'agitation désordonnée.

Grande, mince, d'une pâleur terreuse, très amaigrie; elle ne prend presque pas de nourriture. Quelques signes de tuberculose aux sommets.

Le 9 septembre. — Première injection de substance nerveuse poids 46 kilog.

Le 3 octobre. — Toujours maniaque dans sa tenue et ses paroles. Mange très bien depuis les piqûres, semble avoir pris un peu d'embonpoint.

Le 5 novembre. — Poids 47 kilog. Amélioration très évidente, malgré le peu d'accroissement du poids du corps. Le tissu cellulaire s'est rempli, le teint s'est éclairci, l'aspect est meilleur.

Le 24 décembre. — On fait la dernière injection; l'amélioration physique obtenue est restée stationnaire.

En janvier 1893, la malade est prise d'une poussée tuberculeuse aiguë et succombe le 4 février 1893.

Chez un mélancolique simple avec état anxieux, la transfusion nerveuse échoua contre toute attente; en recherchant la cause de cet échec, j'ai constaté que le malade était atteint d'albuminurie.

De même, dans un cas de mal de Bright confirmé chez une maniaque chronique, le traitement n'a donné aucun résultat et la malade a succombé aux progrès de l'anasarque.

Chez une mélancolique chronique atteinte de tuberculose, la transfusion nerveuse a échoué complètement.

Dans le cas suivant, le traitement après avoir admirablement réussi contre l'anémie et la dénutrition simple, a échoué contre les complications survenues à la suite d'une fièvre typhoïde.

Obs. X. — D..., femme M..., âgée de 30 ans, admise le 29 octobre 1892, est atteinte d'excitation maniaque, avec hallucinations, confusion des idées, érotisme. Très maigre, pâle, cachectique.

Le 4 novembre. On la soumet à la transfusion nerveuse. Poids, 49 kilogs.

Le 4 décembre. Amélioration rapide, la malade est devenue fraîche et rose, les joues se sont remplies, l'embonpoint fait des progrès. Même état mental, toujours agitée, incohérente et surtout érotique.

Le 17 janvier 1893. Dernière injection. La malade pèse 57 kilogs. Son poids a augmenté par conséquent, de 8 kilogs en deux mois et demi. Excitation maniaque persistante avec prédominance du délire obscène.

Cette amélioration physique s'est maintenue jusqu'en décembre 1892, époque où la malade est prise d'une fièvre grave.

Le 26. La convalescence traîne; la malade ne se remet pas, congestion des poumons, surtout des sommets. Le traitement par les injections est repris le 12 mars et cessé le 5 mai, sans résultats. En ce moment (juillet 1892) la malade est dans le marasme.

La tuberculose, qui semble évoluer chez cette malade à la suite de la fièvre typhoïde, est sans doute la cause de l'échec que rencontre la médication, car elle m'a donné au contraire, chez d'autres malades au déclin des affections aiguës, des résultats parfois inespérés, comme en témoignent les cas dont il va être maintenant question.

Le décret du président de la République ou l'arrêté du préfet qui interviennent ultérieurement ont effet du jour de cette acceptation.

Le bureau d'assistance est représenté en justice et dans tous les actes de la vie civile par un de ses membres que ses collègues élisent, à cet effet, au commencement de chaque année.

L'administration des fondations, dons et legs qui ont été faits aux pauvres ou aux communes, en vue d'assurer l'assistance médicale, est dévolue au bureau d'assistance.

Les bureaux d'assistance sont soumis aux règles qui régissent l'administration et la comptabilité des hospices en ce qu'elles n'ont rien de contraire à la présente loi.

Art. 12. — La commission administrative du bureau d'assistance, sur la convocation du président, se réunit au moins quatre fois par an.

Elle dresse, un mois avant la première session ordinaire du conseil municipal, la liste des personnes qui, ayant dans la commune leur domicile de secours, doivent être, en cas de maladie, admises à l'assistance médicale, et elle procède à la revision de cette liste un mois avant chacune des trois autres sessions.

Le médecin de l'assistance ou un délégué des médecins de l'assistance, le receveur municipal et un des répartiteurs désignés par le sous-préfet, peuvent assister à la séance avec voix consultative.

Art. 13. — La liste d'assistance médicale doit comprendre nominativement tous ceux qui seront admis aux secours, lors même qu'ils sont membres d'une même famille.

Art. 14. — La liste est arrêtée par le conseil municipal, qui délibère en comité secret : elle est déposée au secrétariat de la mairie.

Le maire donne avis du dépôt par affiches aux lieux accoutumés.

Art. 15. — Une copie de la liste et du procès-verbal constatant l'accomplissement des formalités prescrites par l'article

IV. — *Aliénés atteints de maladies aiguës.*

En présence des effets en somme satisfaisants obtenus par les injections de substance grise chez les aliénés cachectiques et tuberculeux, j'ei eu l'idée de les essayer dans quelques cas d'affections gastro-intestinales où le pronostic semblait des plus graves, sinon tout à fait désespéré.

Les résultats ont, dans quelques cas, été si satisfaisants qu'il est permis de se demander si la nature n'a pas tout fait, et si les injections y ont été pour quelque chose. Pour nous, qui avons suivi jour par jour les malades, nous n'hésitons pas à mettre sur le compte de la médication les bons effets obtenus dans les observations suivantes :

Obs. XI. — D... veuve G..., 35 ans, dont une sœur est aliénée, a été admise le 1er février 1892 pour cause de manie alcoolique, compliquée d'idées de satisfaction, d'érotisme et d'une agitation parfois incoercible.

A la fin d'août 1893, elle est atteinte de dysenterie.

Le 1er octobre. Cette malade ne s'est pas complètement remise. Elle traîne, depuis sa dysenterie. Depuis quinze jours, fièvre continue avec diarrhée, prostration des forces, facies typhique, gargouillement dans la fosse iliaque droite ; très amaigrie ; le pronostic est des plus sombres. On se décide à essayer les injections de substance grise.

Jusqu'au 12, la fièvre continue ; à partir de ce moment une amélioration évidente se dessine ; plus de diarrhée, mais une grande faiblesse, une prostration considérable.

Le 23 novembre. La convalescence s'accentue ; elle mange bien et on commence à remarquer un peu d'embonpoint. La malade se montrent indocile, les injections sont supprimées.

L'amélioration ne s'en est pas moins continuée et actuellement cette malade jouit d'une santé des plus florissantes.

Voici un autre exemple des heureux effets de la transfusion nerveuse dans un cas de dysenterie grave.

Obs. XII. — P..., 25 ans, imbécile épileptique en démence, entrée le 8 novembre 1892, est prise le 2 janvier suivant de dysenterie.

Le 16 janvier. La malade est dans un état des plus graves ; diarrhée profuse et incoercible, épuisement des forces, mouvement fébrile rémittent, commencement d'eschare aux fesses. On commence les injections de liquide de substance grise tous les deux jours.

Dix jours plus tard, le 27, une légère amélioration commence à se dessiner ; la diarrhée a diminué, la malade s'alimente un peu. A partir de ce moment la convalescence a marché à grands pas, et le 27 février on supprime le traitement. La malade a récupéré un embonpoint notable et a repris sa vie végétative et démente.

Autre exemple du même genre.

Obs. XIII. — R... 27 ans, père et sœur aliénés, est atteint depuis deux ans de folie caractérisée par des troubles hallucinatoires, du délire mystique, et des obsessions impulsives d'un caractère bizarre.

12 octobre. Il est pris de dysenterie. Le 16 il se montre très affaibli, fait toujours du sang et des raclures et refuse tout, substances alimentaires et médicamenteuses. Depuis trois jours il n'a littéralement rien pris.

On essaye les injections de substance nerveuse à la dose de 4 grammes.

Le 19. Après le troisième injection, il recommence à manger spontanément.

Le 21. Il semble en convalescence, les selles se sont favorablement modifiées, l'état général est meilleur, il prend avec appétit les aliments qu'on lui offre.

24 novembre. Après guérison définitive, le traitement est supprimé.

Dans un autre cas, je n'ai pas hésité à employer en pleine période aiguë la transfusion nerveuse, contre les symptômes d'algidité et de mort prochaine, et le résultat paraît avoir justifié cette tentative. Malheureusement, le malade, guéri de sa dysenterie, a succombé plus tard à la fièvre typhoïde.

Obs. XIV. — C..., 56 ans, entré le 2 février 1890, est atteint de faiblesse intellectuelle compliquée de délire de persécution. C'est un homme grand, fort et remarquablement robuste.

17 septembre 1892. Il est atteint d'une dysenterie à forme

---

précédent est en même temps transmise au sous-préfet de l'arrondissement.

Si le préfet estime que les formalités prescrites par la loi n'ont pas été observées, il défère les opérations, dans les huit jours de la réception de la liste, au conseil de préfecture, qui statue dans les huit jours et fixe, s'il y a lieu, le délai dans lequel les opérations annulées seront refaites.

Art. 16. — Pendant un délai de vingt jours à compter du dépôt, les réclamations en inscription ou en radiation peuvent être faites par tout habitant ou contribuable de la commune.

Art. 17. — Il est statué souverainement sur ces réclamations, le malade entendu ou dûment appelé, par une commission cantonale composée du sous-préfet de l'arrondissement, du conseiller général, d'un conseiller d'arondissement dans l'ordre de nomination et du juge de paix du canton.

Le sous-préfet ou, à son défaut, le juge de paix préside la commission.

Art. 18. — Le président de la commission donne, dans les huit jours, avis des décisions rendues au sous-préfet et au maire, qui opèrent sur la liste les additions ou les retranchements prononcés.

Art. 19. — En cas d'urgence, dans l'intervalle de deux sessions, le bureau d'assistance peut admettre provisoirement, dans les conditions de l'article 12 de la présente loi, un malade non inscrit sur la liste.

En cas d'impossibilité de réunir à temps le bureau d'assistance, l'admission peut être prononcée par le maire, qui en rend compte, en comité secret, au conseil municipal dans sa plus prochaine séance.

Art. 20. — En cas d'accident ou de maladie aiguë, l'assistance médicale des personnes qui n'ont pas le domicile de secours dans la commune où s'est produit l'accident ou la maladie incombe à la commune, dans les conditions prévues à l'article 21, s'il n'existe pas d'hôpital dans la commune.

L'admission de ces malades à l'assistance médicale est prononcée par le maire, qui avise immédiatement le préfet et en

grave. Collapsus, hémorrhagie intestinale, pouls petit, extrêmement fréquent, congestion pulmonaire; commencement d'asphyxie et d'algidité.

En présence de cet état presque désespéré, on tente les injections de substance nerveuse. Pendant cinq jours on lui fait matin et soir une injection de 2 cc. Un mieux manifeste se produit presque immédiatement; à partir du sixième jour jusqu'au onzième on ne lui fait qu'une injection quotidienne de 4 cc.; puis, elles sont continuées seulement tous les deux jours.

15 octobre. L'état du malade s'est considérablement amélioré, il est en pleine convalescence.

1er novembre. Le mieux ne progresse plus; persistance de la congestion hépatique, teinte subictérique, état saburral de la langue. Les injections continuent, concurremment avec un traitement symptomatique approprié.

Décembre. Etat stationnaire.

Janvier 1893. Dothiénentérie à laquelle le malade succombe le 2 février. A l'autopsie, énormes et confluentes ulcérations intestinales de tout l'iléon, les unes circulaires, les antres en plaques étendues. Le reste de l'intestin est sain.

Il ressort de ces observations, malgré leur diversité, que les injections de substance grise ont une action réellement puissante sur la nutrition. Comment agissent-elles? Ont-elles pour propriété, comme le veut le Dr Constantin Paul, de *charger* en quelque sorte l'appareil cérébro-spinal, et de le remettre en mesure de pourvoir aux dépenses continuelles de forces nerveuses auxquelles il ne pouvait pas satisfaire? C'est une interprétation des résultats obtenus; ce n'est pas une explication.

M. Babès, qui est en quelque sorte l'initiateur de la méthode (1), se borne à supposer qu'il faut attribuer, au moins une partie de l'effet de ces injections, à l'introduction dans l'organisme d'une assez grande masse de substance venant enrichir, d'une façon directe, la nutrition des éléments nerveux.

Quant à M. Brown-Séquard, il pense que le liquide extrait de la substance grise agit principalement par la présence des principes actifs de la glande testiculaire ou ovarique, dont seraient imprégnés tous les organes, y compris le cerveau.

Quoi qu'il en soit, je tiens à m'inscrire en faux contre une opinion reproduite à satiété par nombre de journaux de médecine, tant à propos des injections de liquide testiculaire que des injections de substance grise. D'après cette opinion, l'action favorable des injections de liquides organiques serait entièrement due à une auto-suggestion et cette méthode ne serait en somme qu'une application du traitement moral déjà remis à la mode par l'hypnotisme. Eh bien, je crois qu'en présence des faits que j'ai relatés dans mes deux mémoires, cette opinion cesse d'être soutenable. Des déments ne se suggestionnent pas eux-mêmes; ce qu'on leur fait leur est bien égal et c'est avec la plus complète indifférence, qu'ils reçoivent les injections; des maniaques ne s'autosuggestionnent pas davantage. Quant aux mélancoliques, s'ils sont disposés à se suggestionner, c'est dans un sens tout opposé aux intentions de l'opérateur. Ils prendront plutôt les injections pour une épreuve, un supplice, un procédé d'exécution lente, que pour un moyen destiné à leur rendre les forces et la santé. Et en fait, ils ne se laissent jamais piquer sans protester par leurs plaintes et leurs récriminations délirantes. Et cependant on en voit dont le poids augmente en quelques semaines de plusieurs kilogrammes sans modification de l'état mental.

En résumé, de mes deux séries d'observations je crois pouvoir tirer les conclusions suivantes :

La transfusion nerveuse opérée aseptiquement est inoffensive.

Elle a pour propriété de remonter les forces nerveuses et en particulier celles qui président aux fonctions nutritives; à ce titre, elle est utile dans le traitement de l'aliénation mentale.

Le premier effet de ce mode de traitement chez les aliénés est le développement de l'appétit. Certains malades, surtout ceux qui auparavant s'étaient soumis à une abstinence plus ou moins prolongée, manifestent des dispositions quasi boulimiques et ne peuvent se rassasier.

Le poids du corps ne tarde pas à augmenter dans une proportion parfois considérable. La puissance musculaire

(1) Le procédé de M. C. Paul lui fut inspiré par certaines expériences de M. Babès, professeur à la Faculté de Bukharest. Ce dernier ayant cru remarquer que dans le traitement pastorien de la rage dans la forme intensive, la substance nerveuse contenu, dans les injections n'était pas une quantité négligeable, fit chez quelques malades des injections de moelle saine qui lui parurent avoir une action tonique réelle sur le système nerveux. Voyez: *Constantin Paul.* Du traitement de la neurasthénie, par la transfusion nerveuse. Communications à l'Académie de médecine, 1892-1893 : et Babès. — Le traitement de la neurasthénie, de la mélancolie et de l'épilepsie essentielle par la substance grise nerveuse. (*Siècle médical*, 1893.)

---

rend compte, en comité secret, au conseil municipal dans sa plus prochaine séance.

Le préfet accuse réception de l'avis et prononce dans les dix jours sur l'admission aux secours de l'assistance.

Art. 21. — Les frais avancés par la commune en vertu de l'article précédent, sauf pour les dix premiers jours de traitement, sont remboursés par le département d'après un état régulier dressé conformément au tarif fixé par le conseil général.

Le département qui a fourni l'assistance peut exercer son recours contre qui de droit. Si l'assisté a son domicile de secours dans un autre département, le recours est exercé contre le département, sauf la faculté, pour ce dernier, d'exercer à son tour son recours contre qui de droit.

Art. 22. — L'inscription sur la liste prévue à l'article 12 continue à valoir pendant un an, au regard des tiers, à partir du jour où la personne inscrite a quitté la commune, sauf la faculté pour la commune de prouver que cette personne n'est plus en situation d'avoir besoin de l'assistance médicale gratuite.

Art. 23. — Le préfet prononce l'admission aux secours de l'assistance médicale des malades privés de ressources et dépourvus d'un domicile de secours communal.

Le préfet est tenu d'adresser, au commencement de chaque mois, à la commission départementale ou au ministre de l'intérieur, suivant que l'assistance incombe au département ou à l'État, la liste nominative des malades ainsi admis pendant le mois précédent aux secours de l'assistance médicale.

(*A suivre.*)

renait ; les fonctions organiques se régularisent ; les règles reparaissent ; les hémorrhagies utérines ont été supprimées, et en même temps les névralgies qui les accompagnaient.

L'état cachectique, quand il n'est pas le résultat d'une affection organique (néphrite, cancer), n'est pas une contre-indication à la transfusion nerveuse, au contraire. Les malades atteints de tuberculose s'en trouvent parfois très bien.

Cette médication paraît avoir été efficace dans le cours de certaines maladies aiguës, alors que les moyens habituels de traitement s'étaient montrés impuissants et que la rigueur du pronostic autorisait une certaine hardiesse thérapeutique.

Mais malgré tous ces mérites, la transfusion nerveuse n'a pas réalisé les espérances que nous avions conçues d'après ses effets heureux dans la neurasthénie : *elle reste impuissante contre l'élément psychopathique lui-même.* L'état mental, dans les cas curables n'a paru que très faiblement influencé par les injections de substance grise il a parfois été amélioré transitoirement dans les heures qui suivaient immédiatement l'injection, mais cet effet, sauf dans un cas qui d'ailleurs ne paraît pas démonstratif, n'a jamais persisté et aucune amélioration durable n'a été obtenue (2).

CLINIQUE CHIRURGICALE

STATISTIQUE ET OBSERVATIONS DE CHIRURGIE HOSPITALIÈRE,

Par le Dr POLAILLON,
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu, professeur agrégé à la Faculté, Membre de l'Académie de médecine.

Suite et fin (1).

OBS. 82. — *Résection tibio-tarsienne avec conservation de la malléole externe.* — Le nommé N... (Jacques), âgé de 49 ans, employé de commerce, porte, depuis le 31 octobre 1881, une déviation du pied gauche en dehors, survenue à la suite d'une fracture du péroné vicieusement consolidée. Impossibilité de marcher.

Il entre à la Pitié le 19 mai 1882.

Indépendamment de la luxation du pied en dehors, la malléole interne nécrosée fait saillie à travers une plaie.

Le 31. Résection de l'extrémité inférieure des deux os de la jambe, en conservant la malléole externe, d'après mon procédé décrit plus haut. Immobilisation dans un appareil plâtré.

Un peu de suppuration au niveau des incisions. Guérison sans autre accident.

Le 7 novembre, N... va à l'asile de convalescence de Vincennes. Il peut marcher. Le pied est droit, mobile dans une certaine étendue. Une fistule persiste au niveau de la malléole interne.

(1) Voir la *Gazette médicale* depuis le n° 13, 1893.

(2) Cette conclusion est en opposition avec celle que M. Babès tire de ses expériences, dans le mémoire que nous avons précédemment cité et qui est ainsi conçue : « L'effet du traitement est encore bien prononcé dans des cas de mélancolie, de lypémanie : même dans la lypémanie progressive, avec stupeur, mutisme, hypocondrie, insomnie, refus de manger, marasme ; nous avons observé, en collaboration avec M. Fornesco, de bons résultats. »

Revu au milieu de décembre, il marchait sans canne et sans boiter.

Le 21 septembre 1883, un petit abcès tardif, au niveau de la face externe du cou-de-pied, fut incisé et guérit en trois semaines.

Le 17 avril 1885, N... rentra à la Pitié pour une légère ulcération au niveau de la malléole interne. Le pied droit avait une conformation parfaite, et remplissait ses fonctions comme le pied du côté opposé. Je signale ce résultat qui a été constaté trois ans après la résection.

OBS. 83. — *Résection tibio-tarsienne avec conservation de la malléole externe.* — Le nommé A... (Alexandre), domestique, âgé de 30 ans, a subi la résection tibio-tarsienne d'après mon procédé, le 19 décembre 1885.

Les suites de l'opération ont été heureuses ; mais le résultat laisse un peu à désirer. L'opéré conservait une légère déviation du pied en dehors. Il marchait bien ; mais il était obligé de porter un soulier avec tuteurs latéraux.

Revu en avril, en juin et en décembre 1886, j'ai constaté que les fonctions du pied tendaient à s'améliorer de plus en plus.

Le 2 juin 1887, A... revint à la Pitié, où il séjourna près de trois mois pour une entorse qui avait pour siège le pied opéré. L'immobilisation et un long repos amenèrent la guérison de cette entorse. L'état du pied n'en fut pas aggravé.

OBS. 84. — *Fracture bimalléolaire vicieusement consolidée et luxation du pied en dehors. Résection tibio-tarsienne avec conservation de la malléole externe.* — Le nommé T... (Pierre), âgé de 48 ans, exerçant la profession de manœuvre, n'a aucun antécédent morbide. Il a fait des excès alcooliques dans sa jeunesse. Mais il n'a pas de tremblement alcoolique ni d'athérôme artériel.

Le 4 octobre 1885, fracture bimalléolaire de la jambe gauche produite par le sabot d'un âne, dont il tenait le pied pour le faire ferrer. L'animal était sur un plan plus élevé que le sol d'environ cinquante centimètres. L'une de ses pattes ayant glissé, le sabot vint frapper la jambe de T... au niveau de l'articulation tibio-tarsienne. Il en résulta une fracture bimalléolaire avec luxation du pied en dehors.

T... fut alors transporté à son domicile, près de Reims. On fit venir deux médecins d'Epernay qui, après avoir réduit la luxation, immobilisèrent le pied et la jambe dans un appareil avec attelles de carton et bandes.

Au bout de dix à douze jours, le malade, ayant enlevé l'appareil, s'aperçut que son pied était fortement dévié en dehors et qu'il ne pouvait s'en servir. Il resta sans marcher et sans remettre de nouvel appareil. Ce n'est que six semaines environ après l'accident, qu'il put commencer à se servir un peu de son pied. La fracture était consolidée, mais dans une position vicieuse.

Le blessé entra à la Pitié le 12 mars 1886, cinq mois et demi environ après son accident.

Il avait un œdème considérable du pied lui interdisant l'emploi de toute espèce de chaussure.

La plante du pied gauche est fortement déviée en dehors. Une verticale abaissée du milieu de la jambe passe en dedans du 1er métatarsien. Du côté externe, au-dessus de la malléole, dépression en coup de hache, tandis que, du côté de la malléole interne, on remarque un volumineux massif osseux, résultant du cal. Les mouvements de l'articulation

sont très limités et assez douloureux. Les tendons extenseurs sont déviés du côté externe du cou-de pied. Pas d'atrophie des muscles de la jambe.

La marche est impossible. Le malade ne peut faire que quelques pas appuyé sur un bâton, et encore, dans ces conditions, la marche est-elle très défectueuse. Il ne peut se tenir debout en faisant reposer le poids du corps sur la jambe malade sans se soutenir avec les mains.

On a fait faire le moule de la jambe, et l'on a pris l'empreinte des pieds sur le sol, le malade étant dans la station verticale.

25 mars. Chloroformisation. Ischémie avec la bande d'Esmarch.

Incision de la peau au-dessus de la malléole externe, dans une étendue de cinq centimètres. On écarte les tendons des péroniers latéraux, puis résection sous-périostée du péroné immédiatement au-dessus de la malléole dans une étendue de deux centimètres.

Incision verticale de la peau dans une étendue de quatre centimètres sur la malléole interne, puis incision horizontale à angle droit avec la première, s'avançant en avant au niveau de l'interligne articulaire. Décollement des tendons autour du cal volumineux, puis ouverture de l'articulation. Luxation du pied en dehors et résection, avec la scie à main, de l'extrémité inférieure du tibia à un centimètre au-dessus de l'articulation. Le pied est alors ramené dans l'axe de la jambe. Sutures des incisions avec des fils d'argent. Drainage. Pansement de Lister et immobilisation du pied dans une gouttière plâtrée.

Le 25. Le soir, température 37°,4. Le malade a passé une bonne journée ; pas de vomissements, peu de douleurs locales, léger suintement à travers le pansement.

Le 26. T. m., 36°,6 ; s., 38°,6. On enlève les bandes qui maintenaient le plâtre. On remet au niveau de la plaie, par dessus le plâtre, du coton salicylé et quelques tours de bande. Le malade a mal dormi, mais il souffre peu. Quelques crampes dans la jambe.

Le 27. T. m., 37° ; s., 36°,8. Il a mal dormi, soubresauts dans les tendons de la jambe opérée, douleur vive dans le talon et les orteils. Il mange peu.

Dix centigrammes de sulfate de quinine de deux heures en deux heures.

Le 28. T. m. ; 37°,5 ; s., 38°,9. Le malade va bien, douleurs moins vives.

Le 29. T. m. ; 37°,8 ; s ,37°,9. La langue est bonne, le malade mange davantage. On desserre un peu la bande surajoutée qui le faisait souffrir par sa pression.

Le 30. T. m., 37°,4 ; s., 38°,9. Il souffre de moins en moins. Va régulièrement à la selle, mange bien.

Le 31. T. m., 37°,3 ; s., 38°,3. Les douleurs dans le talon sont revenues avec irradiation dans la jambe. L'état général est toujours très satisfaisant.

1er avril. T. m., 37°,4 ; s., 37°,9.

Le 2. T. m., 37°,2. Les douleurs persistent au niveau du talon quoique diminuant d'intensité.

Le 3. T. m., 37°,6 ; s., 37°,2. Très bon état.

Le 5. Premier pansement, fait le 12e jour après l'opération. On est obligé d'inciser un peu le plâtre pour le fenêtrer davantage. La plaie du côté du péroné est réunie par première intention, on enlève les points de suture à ce niveau.

La plaie du côté interne est aussi réunie par première intention. On enlève le drain et on laisse seulement un fil d'argent. Pas trace de suppuration.

Le pansement est bien supporté par le malade. Pendant qu'on remue la jambe il ne paraît éprouver aucun douleur. La consolidation osseuse semble se faire très régulièrement.

Un nouveau pansement de Lister est appliqué.

Le 26. Deuxième pansement. La cicatrisation des deux plaies est complète. On enlève le dernier point de suture. Pansement avec coton salicylé et bandage roulé.

Le 6 mai. Troisième pansement. On enlève l'appareil plâtré. Réunion parfaite. Massif osseux considérable du côté du tibia ; à ce niveau, la consolidation osseuse est parfaite. Du côté du péroné, il existe un peu de mobilité ; aussi on applique une attelle plâtrée analogue à celles que l'on place pour les fractures du péroné.

Du 6 mai au milieu de juin, le malade va très bien et n'a plus de douleurs. A la fin de mai il commence à faire quelques pas dans la salle, appuyé sur un bâton.

Le 15 juin. On enlève l'attelle plâtrée. La consolidation est parfaite. Pendant la fin du mois de juin, le malade commence à marcher, puis il descend se promener dans le jardin.

6 juillet. Complètement guéri et marchant assez bien, il est envoyé à Vincennes. Quoique le fonctionnement du pied soit bon, le résultat, au point de vue de la forme, est moins satisfaisant que celui des deux précédents opérés. Le pied est resté un peu dévié en dehors.

7 mars 1887. T... revient dans le service. Le pied opéré se fatigue facilement. Néanmoins T... a pu reprendre ses pénibles fonctions de manœuvre. Il marche sans canne et boite légèrement. Il est obligé de porter un soulier orthopédique avec guêtre lacée.

Résumé.

Pendant la période de quatorze années qui s'est écoulée du 1er janvier 1879 au 1er janvier 1893, 1.525 malades, atteints d'affections chirurgicales du pied, ont été traités dans mon service :

848 pour des *lésions traumatiques*, dont 5 morts.

677 pour des *lésions organiques ou des malformations*, dont 21 morts.

Parmi ces 26 décès, 18 ont eu lieu sans intervention opératoire, et 8 après opération.

En analysant les causes de mort chez *les malades qui n'ont pas été opérés*, on trouve que 12 d'entre eux ont succombé à des accidents produits par l'affection primitive diathésique dont ils souffraient, à savoir :

6 malades affectés de gangrène spontanée sont morts d'artério-sclérose ou d'une affection cardiaque après avoir séjourné à l'hôpital vingt-cinq jours en moyenne (obs. 26-27-29-31-34-35).

3 malades ont succombé aux progrès du diabète après un séjour de quinze jours en moyenne (obs. 19-32-33).

1 malade est mort de néphrite albumineuse (obs. 37).

1 — de cachexie cancéreuse (obs. 56).

1 — de pneumonie double tuberculeuse (obs. 21).

Les 6 autres malades *non opérés* ont été emportés par une complication intercurrente :

2 malades par une pneumonie survenant après un séjour de plus de quatre mois (obs. 36 et page 30).

1 malade par hémorrhagie cérébrale (obs. 28).

1 — septicémie (obs. 30).
1 — tétanos (p. 13).
1 — une cause indéterminée le 49e jour (obs. 1).

Les opérations ont été au nombre de 406, parmi lesquelles 315 ont eu pour siège les parties molles et 91 le squelette du pied.

Les opérations sur les parties molles ont été peu importantes pour la plupart. C'étaient des incisions d'abcès, des opérations d'ongle incarné, des grattages de fongosités, des ablations de tumeur, etc. Elles ne devaient donner aucune mortalité, et, en effet, ce résultat s'est réalisé.

Les 91 opérations sur le squelette, toujours beaucoup plus sérieuses, ont occasionné les 8 décès précédemment mentionnés.

Parmi ces 8 décès, 7 au moins ne sont pas imputables à l'opération elle-même, mais à l'évolution de la maladie pour laquelle j'avais dû intervenir. C'est ainsi que

3 opérés d'un évidement des os du tarse pour des ostéoarthrites tuberculeuses sont morts de méningo-encéphalite tuberculeuse, tardive dans 2 cas (obs. 38 et 40), précoce dans 1 cas (obs. 39).

1 opéré d'un évidement des os du tarse est mort de tuberculose pulmonaire soixante-douze jours après l'opération de broncho-pneumonie (obs. 41).

1 opéré d'une désarticulation tibio-tarsienne est mort le 20e jour (obs. 59).

3 opérés en pleine septicémie sont morts de septicémie (obs. 42-73-89).

Le seul cas de mort, qui est réellement imputable à l'opération, est celui de l'obs. 39. L'opération a, en effet, déterminé une poussée tuberculeuse du côté de l'encéphale, et la malade mourut subitement quatre jours après l'évidement des os du tarse.

Je suis loin de nier que le traumatisme opératoire ne puisse donner un coup de fouet à la diathèse tuberculeuse et déterminer du côté des viscères, de l'encéphale en particulier, une explosion mortelle de tubercules. Deux observations, au moins, de notre statistique en font foi (obs. 38 et 39). C'est un risque à courir. Mais je crois qu'en général la suppression d'un foyer bacillaire rend service aux malades. Les tuberculeux, qui ont été améliorés et guéris par une opération, sont beaucoup plus nombreux que ceux qui en ont retiré un résultat funeste. Il faut donc opérer les tuberculeux L'opération est surtout indiquée lorsque la manifestation bacillaire est locale ; et l'opération doit être radicale, surtout chez les adultes. Ma statistique prouve que les amputations au-dessus des parties malades n'ont occasionné aucun cas de mort, tandis que la mortalité a été considérable pour les évidements, les grattages, les résections atypiques.

BIBLIOGRAPHIE

Guide pratique pour la préparation et l'injection des liquides organiques (Méthode de Brown-Séquard), par le Dr H. Melville. — (Bel in-8° illustré, cartonné 5 francs. — Sociétés d'éditions scientifiques, 4, rue Antoine-Dubois. Paris, 1893.)

Pour aussi sceptique que l'on se montre vis-à-vis de la méthode séquardienne, il n'en est pas moins vrai qu'il faut aujourd'hui compter avec elle. Journellement, les revues médicales donnent l'hospitalité dans leurs colonnes à quelque nouvelle communication sur la matière. En la circonstance, l'étranger a suivi le branle donné en France, et l'on peut dire sans crainte d'exagération, que rarement méthode thérapeutique a joui d'une vogue aussi considérable que celle de Brown-Séquard. Tout médecin soigneux de sa réputation et de ses intérêts, sinon de ceux de sa clientèle, doit donc, à l'heure actuelle, être au courant des arcanes de cette alchimie spéciale dont la connaissance rend facile la préparation des divers liquides organiques. M. le Dr H. Melville, avec un talent d'exposition remarquable, a su, en des chapitres concis, mettre à la portée de tous les notions indispensables aux médecins qui ne voudront point se voir taxer d'ignorance par un public spécial de malades.

Le livre de M. Melville peut être divisé de la façon suivante :

Dans une première partie, l'auteur expose l'historique de la découverte, les recherches auxquelles elle a donné lieu, le résultat des expériences cliniques, ainsi que le mode d'action du liquide injecté. Une seconde partie est réservée à la technique des injections. Le lecteur y trouve exposées, dans tous leurs détails, la façon de préparer le liquide et de le conserver, la description des divers instruments auxquels on doit avoir recours, ainsi que leur mode d'emploi, en un mot, tout ce qui a trait à la pratique des injections. L'auteur n'a pas craint d'insister sur les manipulations, les doses, la fréquence des injections, la durée du traitement dans les diverses maladies.

L'étude du liquide testiculaire a été suivie de celle des différents liquides organiques dont l'emploi a été préconisé par différents auteurs. Tel est le cas de la transfusion nerveuse, du suc thyroïdien, de l'extrait pancréatique, de la néphrine, etc.

Le livre de M. Melville est fort bien écrit, d'une clarté et d'une précision remarquables, comme il convient pour un ouvrage qui a la prétention justifiée d'être le memento indispensable de tous ceux que leur profession ou leurs recherches peuvent amener à la préparation des liquides organiques ; il intéresse aussi les hommes du monde.

NOTES ET INFORMATIONS

Décret relatif aux conditions d'études exigées des aspirantes aux diplômes de sage-femme.

Article premier. — Les études en vue de l'obtention des diplômes de sage-femme durent deux années.

Elles sont théoriques et pratiques.

Art. 2. — La première année d'études pour le diplôme de première classe peut être faite dans une faculté, dans une école de plein exercice, dans une école préparatoire de médecine et de pharmacie ou dans une maternité.

La seconde est nécessairement faite dans une faculté ou dans une école de plein exercice de médecine et de pharmacie.

Art. 3. — Les deux années d'études pour le diplôme de deuxième classe peuvent être faites dans une faculté, dans une école de plein exercice, dans une école préparatoire de médecine et de pharmacie ou dans une maternité.

Art. 4. — Les aspirantes au diplôme de sage-femme subissent deux examens :

Le premier, à la fin de la première année ; il porte sur l'anatomie, la physiologie et la pathologie élémentaire ;

Le second, à la fin de la deuxième année ; il porte sur la théorie et la pratique des accouchements.

Les élèves ajournées par les jurys des facultés ou par les jurys des écoles à la session de juillet-août sont admises à renouveler l'examen dans une session qui sera ouverte à cet effet à la fin du mois d'octobre suivant.

A la suite de ce dernier examen, le diplôme est conféré, s'il y a lieu, dans les formes établies.

Art. 5. — Le premier examen des aspirantes au diplôme de première classe peut avoir lieu devant la faculté ou école où a été faite la première année d'études; si cette année d'études a été faite dans une maternité, l'examen a lieu indifféremment devant une faculté, une école de plein exercice préparatoire de médecine et de pharmacie.

Le deuxième examen ne peut avoir lieu que devant l'établissement où a été faite la deuxième année d'études.

Les examens pour le diplôme de deuxième classe ont lieu devant une faculté ou une école de plein exercice ou une école préparatoire de médecine et de pharmacie.

Lorsque les examens ont lieu devant une école, le jury est composé de deux professeurs de l'école, présidés par un professeur ou un agrégé de faculté.

Art. 6. — Les aspirantes au diplôme de sage-femme se font inscrire dans les facultés ou dans les écoles de médecine, du 1er au 15 octobre de chaque année.

Passé ce délai, aucune inscription n'est admise.

Art. 7. — En se faisant inscrire dans une faculté, dans une école de médecine ou dans une maternité, les aspirantes au diplôme de sage-femme déposent les pièces suivantes :

1° Un extrait de leur acte de naissance constatant qu'elles ont l'âge requis par les règlements;

2° Si elles sont mineures non mariées, l'autorisation de leur père ou tuteur ;

3° Si elles sont mariées et non séparées de corps l'autorisation de leur mari et leur acte de mariage;

4° En cas de séparation de corps, l'extrait du jugement passé en force de chose jugée ;

5° En cas de dissolution de mariage, l'acte de décès du mari ou l'acte constatant le divorce ;

6° Un certificat de vaccine;

7° Un certificat de bonnes vies et mœurs;

8° Un extrait du casier judiciaire;

9° Pour le diplôme de sage-femme de première classe, le brevet de capacité élémentaire de l'enseignement primaire;

Pour le diplôme de sage-femme de deuxième classe, le certificat obtenu à la suite de l'examen prévu par l'arrêté du 1er août 1879.

Art. 8. — Les sages-femmes reçues à l'étranger devront subir les examens prévus au présent décret.

Elles pourront obtenir dispense partielle ou totale de scolarité.

Art. 9. — Le présent décret recevra son effet à dater du 1er octobre 1893.

Cependant les aspirantes au diplôme de sage-femme de 1re classe qui ne seraient pas pourvues du brevet de capacité élémentaire de l'enseignement primaire pourront, pendant une période de trois années, du 1er octobre 1893 au 1er octobre 1896 exclusivement, présenter le certificat obtenu à la suite de l'examen prévu par l'arrêté du 1er août 1879.

Il n'est rien modifié aux conditions actuelles d'admission aux grades des élèves de la Maternité de Paris.

Art. 10. — Les dispositions antérieures contraires à celles du présent décret sont et demeurent abrogées.

Décret relatif au diplôme de chirurgien-dentiste.

Article premier. — Les études en vue du diplôme de chirurgien-dentiste ont une durée de trois ans.

Art. 2. — Les aspirants doivent produire, pour prendre leur première inscription, soit un diplôme de bachelier, soit le certificat d'études prévu par le décret du 30 juillet 1886, modifié par le décret du 25 juillet 1893, soit le certificat d'études primaires supérieures.

Art. 3. — Ils subissent, après la douzième inscription, trois examens sur les matières suivantes :

Premier examen. — Éléments d'anatomie et de physiologie; Anatomie et physiologie spéciales de la bouche.

Deuxième examen. — Éléments de pathologie et de thérapeutique;

Pathologie spéciale de la bouche ;

Médicaments ; anesthésiques.

Troisième examen. — Clinique ; affections dentaires et maladies qui y sont liées. — Opérations.

Exécution d'une pièce de prothèse dentaire.

Art. 4. — Les examens sont subis au siège des facultés et écoles de médecine où l'enseignement dentaire est organisé, devant un jury de trois membres.

Peuvent faire partie du jury des chirurgiens-dentistes, et, par mesure transitoire des dentistes désignés par le ministre de l'Instruction publique.

Le jury est présidé par un professeur de faculté de médecine.

Art. 5. — Les dentistes inscrits au rôle des patentes au 1er janvier 1892 peuvent postuler le diplôme de chirurgien-dentiste à la seule condition de subir les examens prévus par l'article 3 du présent décret.

Les dentistes de nationalité française, inscrits à ce rôle antérieurement au 1er janvier 1889, sont dispensés en outre du premier examen.

Les dentistes pourvus, antérieurement au 1er novembre 1893, d'un diplôme délivré par l'une des écoles d'enseignement existant en France à la date du présent décret, peuvent postuler le diplôme de chirurgien-dentiste à la seule condition de subir le deuxième examen.

Art. 6. — Les dentistes reçus à l'étranger et qui voudront exercer en France seront tenus de subir les examens prévus au présent décret.

Ils pourront obtenir dispense partielle ou totale de la scolarité après avis du Comité consultatif de l'enseignement public.

Art. 7. — Un règlement spécial, rendu après avis de la section permanente du Conseil supérieur de l'instruction publique, organisera l'enseignement dans celles des facultés et écoles de médecine où il pourra être établi.

Sur l'avis du Conseil supérieur de l'instruction publique, le ministre de l'instruction publique vient de prendre l'arrêté suivant, relatif à l'hygiène des écoles :

Article premier. — Les prescriptions hygiéniques à prendre dans les écoles primaires publiques pour prévenir et combattre les épidémies sont fixées dans tous les départements par arrêté du préfet.

ART. 2. — Elles sont rédigées d'après les indications contenues dans le règlement modèle ci-annexé.

Voici ce modèle :

1° MESURES GÉNÉRALES A PRENDRE POUR ÉVITER L'ÉCLOSION DES MALADIES CONTAGIEUSES.

ARTICLE PREMIER. — Les écoles doivent être pourvues d'eau pure (eau de source, eau filtrée ou bouillie). L'eau pure sera mise à la disposition des élèves.

ART. 2. — Les cabinets d'aisances des écoles ne doivent pas communiquer directement avec les classes.

Les fosses doivent être étanches et le plus possible éloignées des puits.

ART. 3. — Pendant la durée des réactions et le soir après le départ des élèves, les classes doivent être aérées par l'ouverture de toutes les fenêtres.

ART. 4. — Le nettoyage du sol ne doit pas être fait à sec par le balayage, mais au moyen d'un linge ou d'une éponge mouillée promenée sur le sol.

ART. 5. — Hebdomadairement, il est fait un lavage du sol à grande eau et avec un liquide antiseptique. — Un lavage analogue des parois doit être fait au moins deux fois par an, notamment aux vacances de Pâques et aux grandes vacances.

ART. 6. — La propreté de l'enfant est surveillée à son arrivée. Chaque enfant doit se laver les mains au lavabo avant la rentrée en classe après chaque récréation.

2° MESURES GÉNÉRALES A PRENDRE EN PRÉSENCE D'UNE MALADIE CONTAGIEUSE.

ART. 7. — Le licenciement de l'école ne doit être prononcé que dans les cas spécifiés à l'article 14. Auparavant l'on doit recourir aux évictions successives et employer les mesures de désinfection prescrites ci-après.

ART. 8. — Tout enfant atteint de fièvre doit être immédiatement éloigné de l'école ou envoyé à l'infirmerie dans le cas d'un internat.

ART. 9. — Tout enfant atteint d'une maladie contagieuse confirmée doit être éloigné de l'école et, sur l'avis du médecin chargé de l'inspection, cette éviction peut s'étendre aux frères et sœurs dudit enfant ou même à tous les enfants habitant la même maison.

ART. 10. — La désinfection de la classe est faite soit dans l'entreclasse, soit le soir après le départ des élèves.

Elle comprend :

Le lavage de la classe (sol et parois) avec une solution antiseptique.

La désinfection par pulvérisation des cartes et objets scolaires appendus au mur.

La désinfection par lavage des tables, bancs, meubles, etc.

La désinfection complète du pupitre de l'élève malade. La destruction par le feu des livres, cahiers, etc., de l'élève malade et des jouets ou objets qui auraient pu être contaminés dans les écoles maternelles.

ART. 11. — Il est adressé à la famille de chaque enfant atteint d'une affection contagieuse une instruction sur les précautions à prendre contre les contagions possibles et sur la nécessité de ne renvoyer l'enfant qu'après qu'il aura été baigné ou lavé plusieurs fois au savon et que tous ses habits auront subi, soit la désinfection, soit un lavage complet à l'eau bouillante.

ART. 12. — Les enfants qui ont été malades ne rentreront à l'école qu'avec un certificat médical et après qu'il se sera écoulé, depuis le début de la maladie, une période de temps égale à celle prescrite par les instructions de l'Académie de médecine.

ART. 13. — Dans le cas où le licenciement est reconnu nécessaire, il est envoyé à chaque famille, au moment du licenciement, un exemplaire de l'instruction relative à la maladie épidémique qui l'aura nécessité.

3° MESURES PARTICULIÈRES A PRENDRE POUR CHAQUE MALADIE CONTAGIEUSE.

ART. 14. — Sur l'avis du médecin inspecteur, les mesures suivantes doivent être prises, conformément aux indications contenues dans le rapport adopté par le comité consultatif d'hygiène annexé, lorsque les maladies ci-dessous désignées sévissent dans une école :

Variole. — Éviction des enfants malades (durée : 40 jours). — Destruction de leurs livres et cahiers. — Désinfection générale. — Revaccination de tous les maîtres et élèves.

Scarlatine. — Éviction des enfants malades (durée : 40 jours). — Destruction de leurs livres et cahiers. — Désinfection générale. — Licenciement si plusieurs cas se produisent en quelque jours malgré toutes précautions.

Rougeole. — Éviction des enfants malades (durée : 16 jours). — Destruction de leurs livres et cahiers. — Au besoin licenciement des enfants au-dessous de 6 ans.

Varicelle. — Évictions successives des malades.

Oreillons. — Éviction successives de chacun des malades (durée : 10 jours).

Diphtérie. — Éviction des malades (durée : 40 jours). — Destruction des livres, des cahiers, des jouets et objets qui ont pu être contaminés. — Désinfections successives.

Coqueluche. — Évictions successives (durée : trois semaines).

Teignes et pelade. — Évictions successives. — Retour après traitement et avec pansement méthodique.

— Le ministre de l'intérieur russe vient de réglemen[ter] par le décret suivant l'emploi de l'hypnotisme :

« Les médecins ont le droit d'employer l'hypnose [comme moyen théra]peutique, mais en observant les dispositions de l'art[...] du code médical.

« Chaque fois qu'ils feront l'application du [...] devront en informer les autorités administra[tives ...] les médecins en présence desquels l'opération [...]

» Dans les hôpitaux de l'État l'emploi de[...] libre.

« Il est défendu de publier toute annonc[e ...] relatives à l'hypnotisme. »

— **Concours et congrès.** — Le lundi [...] 3 heures, un concours public sera ouvert à [Mar]seille pour deux places de médecins-adjoi[nts ...] concours aura lieu devant la commission ad[...] d'un jury médical. Au jour fixé pour l'ouve[rture ...] candidats devront avoir deux années d[e ...] teurs de l'une des facultés de France, ê[tre au] moins, de nationalité française ou en [...] leur naturalisation. Les deux années [...] teur ne sont pas exigées des anciens [...] hôpitaux des villes où siège une fac[ulté ...] hôpitaux de Marseille ; ils pourron[t ...] dès qu'ils seront munis de leur di[plôme ...]

[Fragments of an overlapping page fragment at the right edge: "...dations, des ... sont et de- ... 7 août 1851. ... des deux para- ...us nécessaires ... militaires, des ...tés au service ... assistance médicale ...épenses extraordi- ...rgiens et sages-femmes"]

Epreuves du concours : 1° *Question d'anatomie et question de physiologie ;* — 2° *Question de pathologie médicale avec les applications hygiéniques qu'elle comporte ;* — 3° *Examen clinique de trois maladies internes, choisis à partir du jour où l'accès des salles des malades aura été interdit aux candidats.*

Le compte rendu du troisième malade formera le sujet d'une consultation écrite pour la composition de laquelle il sera accordé une heure. Les deux premières questions seront traitées oralement, après un temps de préparation, à huis clos et sans livres, qui sera déterminé par le Jury. Les candidats auront cinq heures pour traiter par écrit la question de pathologie, à huis clos et sans livres. L'examen clinique des trois malades ne durera pas plus de trois quarts d'heure. A la fin du concours, la commission administrative délibérera sur le rapport du Jury d'examen et procédera, s'il y a lieu, à la nomination des deux médecins-adjoints. Les médecins-adjoints forment, avec les chirurgiens-adjoints, le premier degré du corps médical des hôpitaux. A partir du 1er janvier 1894, ils seront attachés à un service de médecine. Ils sont appelés, en cas de vacances, à remplir les fonctions de médecins, chefs de service. Ils succèdent aux chefs de service d'après les conditions fixées par le règlement sur le service de santé. Les candidats prendront connaissance du règlement dans le bureau du secrétariat général à l'Hôtel-Dieu. Ils signeront l'engagement d'observer toutes ses dispositions actuelles et toutes autres que l'administration pourrait prendre plus tard pour le bien du service. Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la commission administrative, huit jours au moins avant l'ouverture du concours. Ils auront à produire : 1° leur acte de naissance ; 2° leur diplôme de docteur ; 3° s'ils ne sont pas domiciliés à Marseille, un certificat de moralité, récemment délivré par le maire de leur résidence ; 4° les internes des villes où siègent des facultés devront, en outre, déposer un certificat de bonne conduite délivré par le directeur des différents hôpitaux où ils auront fait leur service d'interne ; 5° les ...didats pourront déposer leurs titres scientifiques, ma...its, imprimés, etc., et, s'il y a lieu, une note de leurs ... Ces documents seront soumis au jury.

ou l...

6° ...

7° Un ... ...ociation des Industriels de France contre les acci-

8° Un ext... ouvre un concours public pour la création

9° Pour le ... masque respirateur contre les poussières. Ce

brevet de cap... ...plir les conditions suivantes : 1° protéger

Pour le dipl... ...che et le nez de l'ouvrier contre l'absorp-

ficat obtenu à ...s ; 2° ne pas être fragile, tout en étant

1er août 1879. ...é et commode ; 3° être d'un prix peu élevé,

ART. 8. — L... ...un entretien faciles ; 4° ne pas gêner la

subir les exam... ...s échauffer le visage.

Elles pourro... ...devront envoyer en double exemplaire,

rité. ...re 1893, le type de masque qu'ils auront

ART. 9. — L... ...n spéciale, chargée de l'examen des types

1er octobre 1893... ...t, fera son rapport au Conseil de l'Asso-

Cependant les ... ...cerner un prix de 600 francs au can-

1re classe qui ne s... ...r rang ou diviser cette somme suivant

élémentaire de l'é... présentés.

une période de troi... Internat en médecine dont la date

bre 1896 exclusive... ...re a été reporté au 28 octobre à la

suite de l'examen pr... ...n registre d'inscription a été pro-

Il n'est rien modifié... ...n avis ultérieur indiquera l'en-

aux grades des élèves c... subir la première épreuve.

— Le prochain Congrès de la tuberculose se réunira à Paris en juillet 1896, sous la présidence de M. Nocard.

— Collège médical de Philadelphie.— PRIX WILLIAM F JENKS. — Le troisième prix triennal de 500 dollars sera décerné au meilleur travail sur la *Mortalité des enfants pendant le travail et sa prévention.*

Seront admis au prix des concurrents de toute nation ; mais le travail devra être rigoureusement personnel.

Le travail doit être écrit en langue anglaise, ou s'il s'agit d'une langue étrangère, doit être accompagné d'une traduction anglaise. Il sera envoyé au collège des médecins de Philadelphie, Pensylvanie, U. S. A., avant le 1er janvier 1895, et adressé à M. Horace Y. Evans, M. D., président du Comité du prix William F. Jenks.

Le travail devra être imprimé ; il sera désigné par une devise et accompagné d'une enveloppe scellée contenant la même devise, le nom et l'adresse de l'auteur. Il n'y aura d'ouverte que l'enveloppe accompagnant le travail couronné.

A la demande des auteurs, le Comité renverra les travaux qui n'auront pas été couronnés, dans l'intervalle d'une année.

Le Comité se réserve de ne point désigner le prix s'il juge qu'aucun des travaux ne le mérite.

NOUVELLES

Corps de santé militaire. — Par décret, en date du 8 septembre 1893, ont été promus dans le cadre des officiers de réserve :

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM les médecins aides-majors de première classe Bascieul, Larrieu, Delanef, Tournadre.

Au grade de médecin aide-major de première classe, — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Bonneau, Chauveau, Batlle, Maréchal, Tarrou, Allot, Laurent, Cohin, Juéry, Malfilâtre, Maitre, Lacoste, Toussaint, Humblot, Hamon, Jacob, Thominet, Jeanton, Hecht, Meurer, Albertin, Level, Delabarre, Willeaume, Désir de Fortuoet, Duraod, Muller.

Au grade de pharmacien aide-major de première classe. — MM. les pharmaciens aides-majors de deuxième classe, Abelhauser, Goussard, Basset, Bréaudat.

Mission scientifique. — M. le Dr Francis Villar, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux, chirurgien des hôpitaux, est chargé d'une mission gratuite en Italie, à l'effet d'y étudier les questions relatives à l'enseignement de la chirurgie.

Académie de médecine. — LEGS. — M. Chevillon a légué à l'Académie une rente de 1.500 francs pour la fondation d'un prix annuel qui sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur le traitement des maladies cancéreuses.

Bulletin hebdomadaire de Statistique municipale.

DÉCÈS NOTIFIÉS DU 3 AU 9 SEPTEMBRE 1893

Fièvre typh., 19.—Typhus, 0.—Variole, 7.—Rougeole, 6 — Scarlatine, 2. — Coqueluche, 2.— Diphtérie, croup, 17.— Grippe, 0. — Affections cholériformes, 0. — Phtisie pulmonaire, 173. — Méningite tuberculeuse, 5. — Autres tuberculoses, 12. — Tumeurs cancéreuses et autres, 48. — Méningite, 21 — Congestion et hémorrhagie cérébrale, 26 — Paralysie, 6. — Ramollissement cérébral, 6. — Maladies organiques du cœur, 50. — Bronchite aiguë et chronique, 30. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 38. — Autres affections de l'appareil respiratoire, 31. — Gastro-entérite des enfants : sein, biberon et autres, 69. — Fièvre et péritonite puerpérales. 5. — Autres affections puerpérales, 2. — Débilité congénitale, 21. —Sénilité, 22. — Suicides, 27. — Autres morts violentes, 16. — Autres causes de mort, 121. — Causes inconnues, 6. — Total : 788.

Le Rédacteur en chef et Gérant : F. DE RANSE.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame. — *Téléphone.*

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Rédacteur en chef : M. le Dr F. DE RANSE

Comité de Rédaction : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN
J. ARNOULD (de Lille), P. FABRE (de Commentry), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon)

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, avenue Montaigne (Rond-Point des Champs-Élysées)

CHIMIE MINÉRALE DES CORPS ORGANISÉS

SOL ANIMAL.

LAIT ET CHAIR MUSCULAIRE

Par J. GAUBE (du Gers).

I

LAIT DE VACHE.

Albumine calci-potassique. — Deux dominantes minérales : chaux et potasse.

Matière organique	131 gr. 38	0/00
Matière minérale (*Bases*)	5 — 2153445	—
Chaux	2 — 136627	—
Magnésie	0 — 494	—
Potasse	2 — 1548472	—
Soude	0 — 4298346	—
Bases minérales 0/00 de matière organique	39 — 60	

CHAIR MUSCULAIRE.

Albumine potassique. — Une dominante minérale : potasse.

Matière organique	226 gr. 50	0/00
Matière minérale (*Bases*)	4 — 522462	—
Chaux	0 — 17	—
Magnésie	0 — 415	—
Potasse	3 — 45	—
Soude	0 — 4871462	—
Bases minérales 0/00 de matière organique	19 — 95	

II

Si l'on veut comprendre les phénomènes intimes de la vie il ne faut pas perdre de vue ces deux faits primordiaux : La vie est une série de fermentations (van Helmont, Claude Bernard, A. Gautier, etc.). Chaque cellule vivante est un agent de fermentations vivant au sein d'un milieu organique *minéralisé* d'une manière particulière.

Chaque fois que, pour une cause quelconque, les produits de la fermentation restent en contact avec le ferment, le ferment lutte et, la vie pathologique commence, vie nouvelle qui entraîne la destruction du ferment. La cellule vivante est un agent de fermentations et le plus souvent le ferment est le produit de la cellule ; dans ce cas la qualité du ferment dépend de la qualité de la cellule.

Les toxines, les toxo-albumines sont des produits incristallisables résultant de la vie cellulaire ; elles varient selon leur origine. Les ptomaïnes (1) sont des produits microbiens et les leucomaïnes (2) sont des produits de la vie cellulaire.

(1) *Les alcaloïdes dérivés des tissus des animaux*, par A. Gautier.
(2) *Loco citato.*

FEUILLETON

TEXTE DE LA NOUVELLE LOI SUR L'ASSISTANCE MÉDICALE GRATUITE EN FRANCE PROMULGUÉE LE 17 JUILLET 1893

(Suite et fin).

TITRE IV

Secours hospitaliers.

Art. 24. — Le prix de journée des malades placés dans les hôpitaux aux frais des communes, des départements ou de l'Est est réglé, par arrêté du préfet, sur la proposition des commissions administratives de ces établissements et après avis du conseil général du département, sans qu'on puisse imposer un prix de journée inférieur à la moyenne du prix de revient constaté pendant les cinq dernières années.

(1) Voir le numéro précédent.

Art. 25. — Les droits résultant d'actes de fondations, des délits d'union ou de conventions particulières sont et demeurent réservés.

Il n'est pas dérogé à l'article 1er de la loi du 7 août 1851.

Tous les lits dont l'affectation ne résulte pas des deux paragraphes précédents ou qui ne seront pas reconnus nécessaires aux services des vieillards ou incurables, des militaires, des enfants assistés et des maternités, seront affectés au service de l'assistance médicale.

TITRE V

Dépenses, voies et moyens.

Art. 26. — Les dépenses du service de l'assistance médicale se divisent en dépenses ordinaires et dépenses extraordinaires :

Les dépenses ordinaires comprennent :

1° Les honoraires des médecins, chirurgiens et sages-femmes du service d'assistance à domicile;

Ainsi, la cellule vivante, peut engendrer des corps définis cristallisables et des corps prodigieusement vénéneux, mal définis encore, incristallisables.

Quel est le rôle de la matière minérale dans la production de tous ces corps léthifères, résidus de toute action vitale ? Oh ! il est certain. D'une manière générale, la matière minérale facilite l'attaque des albumines par les ferments ; elle neutralise, et c'est un de ses principaux privilèges, les acides qui proviennent de la déshydratation de l'albumine ; elle forme le sol sur lequel et à l'aide duquel la cellule vivante peut *vivre* de la vie normale ; elle fait le milieu propre ; elle favorise et règle l'oxydation des produits azotés utiles ou nuisibles ; pour cela il faut qu'elle soit appropriée et suffisamment abondante. En effet, la matière minérale n'est pas seulement nécessaire à l'animal pour remplacer la matière minérale utilisée en combinaisons organiques et éliminée, mais encore pour la minéralisation de la matière azotée qu'elle rend assimilable. Ceci nous amène à dire deux mots, sans sortir de notre sujet, puisque la chaux est une des dominantes du lait, de l'action des composés calciques dans l'organisme.

On enseigne que la chaux est destinée principalement à servir de soutien au corps de l'animal, car elle constitue la plus grande partie du squelette ; cela est vrai ; mais, en même temps que le squelette sert de soutien au corps de l'animal il devient aussi une réserve de chaux, réserve indispensable à la végétation cellulaire.

Tous les agronomes savent qu'il n'existe aucun rapport entre la quantité de chaux utilisée par un végétal très avide de sels calcaires, le trèfle, par exemple, et la quantité de chaux nécessaire dans le sol. Le corps de l'homme et de quelques animaux se trouverait dans les conditions d'un sol riche en humus qui reste stérile s'il n'est pas abondamment pourvu de sels calcaires.

Il est probable que les porcs nourris par Bossingault avec des pommes de terre (1) et auxquelles l'eau de la boisson paraissait suffire pour leur entretien minéral empruntaient la chaux qui leur manquait à leur réserve naturelle, à leurs os, sans compter que les pommes de terre contiennent une certaine quantité de chaux et de magnésie.

(1) E. Beaunis, *Phy. hum.*

La chaux qui se rencontre un peu partout dans l'organisme est la dominante minérale propre de quelques tissus. La plupart des sels de chaux sont insolubles ; dans un milieu chimique le sel le moins soluble est toujours celui qui a le plus de tendance à se former en vertu d'un principe général de statique chimique ; c'est pourquoi la chaux est, de tous les corps minéraux de l'organisme, celui qui peut le mieux retenir les acides.

Quelle que soit la manière dont les sels de chaux sont attaqués par la digestion, ils se rencontrent dans les tissus à l'état d'albumino-phosphates et de carbonates. Le carbonate de chaux est transitoire ; il se rencontre surtout dans les os de nouvelle formation où il fait place, dans la suite, au phosphate de chaux, (Valentin). Le chlorure de calcium l'albumino-phosphate de chaux, le carbonate de chaux, sous forme d'albuminate et de bi carbonate, forment des combinaisons solubles, peu stables, qui permettent aux sels du sol animal de réagir les uns sur les autres, aux sels organiques comme aux sels minéraux ; et, c'est pendant ces réactions multiples, réactions de réduction pour le plus grand nombre, que l'oxygène, que le phosphore sont dégagés de leurs combinaisons, grâce à la moindre solubilité des sels alcalins.

La cellule vivante est un ferment anaérobie, comme l'a démontré M. Gaulier (1) ; et les ferments anaérobies sont des agents puissants d'hydratation par soustraction d'oxygène ; les ferments anaérobies sont de puissants réducteurs.

La chaux possède, en même temps que les qualités chimiques que nous venons de lui reconnaître, des qualités physiologiques, bio-chimiques pour mieux dire, qui, jusqu'à présent, ont passé inaperçues.

La chaux est un modérateur, un régulateur de la fonction chimique de la cellule vivante.

Le *chaulage* a une action des plus remarquables sur les bouillons de culture.

Les solutions azotées de potasse et de soude se corrom-

(1) *Loco citato.*

2° Les médicaments et appareils ;

3° Les frais de séjour des malades dans les hôpitaux.

Ces dépenses sont obligatoires. Elles sont supportées par les communes, le département et l'État, suivant les règles établies par les articles 27, 28 et 29.

Les dépenses extraordinaires comprennent les frais d'agrandissement et de construction d'hôpitaux.

L'Etat contribuera à ces dépenses par des subventions dans la limite des crédits votés.

Chaque année, une somme sera à cet effet inscrite au budget.

Art. 27. — Les communes dont les ressources spéciales de l'assistance médicale et les ressources ordinaires inscrites à leur budget seront insuffisantes pour couvrir les frais de ce service sont autorisées à voter des centimes additionnels aux quatres contributions directes ou des taxes d'octroi pour se procurer le complément des ressources nécessaires.

Les taxes d'octroi votées en vertu du paragraphe précédent seront soumises à l'approbation de l'autorité compétente, conformément aux dispositions de l'article 137 de la loi du 5 avril 1884.

La part que les communes seront obligées de demander aux centimes additionnels ou aux taxes d'octroi ne pourra être moindre de 20 0/0 ni supérieure à 90 0/0 de la dépense à couvrir.

Art. 28. — Les départements, outre les frais qui leur incombent de par les articles précédents, sont tenus d'accorder aux communes qui auront été obligées de recourir à des centimes additionnels ou à des taxes d'octroi, des subventions d'autant plus fortes que leur centime sera plus faible, mais qui ne pourront dépasser 80 0/0 ni être inférieur à 10 0/0 du produit de ces centimes additionnels ou taxes d'octroi.

En cas d'insuffisance des ressources spéciales de l'assistance médicale et des ressources ordinaires de leur budget, ils sont autorisés à voter des centimes additionnels aux quatre contributions directes dans la mesure nécessitée par la présente loi.

pent rapidement; en ajoutant graduellement de la chaux aux albuminates alcalins, on arrive à régler leur destruction. De sorte que la chaux a, dans l'organisme, de multiples fonctions; elle sert du substratum particulier à un certain nombre de cellules; elle est neutralisante, et elle régularise les actions biochimiques de la cellule, en général; ce sont là les résultats de nombreuses expériences dont quelques-unes sont aujourd'hui terminées et que nous publierons en leur temps.

La *plante humaine*, pour nous servir de la pittoresque expression d'Alfiéri, non plus que beaucoup d'autres plantes, ne saurait ni germer, ni vivre sans le secours de la chaux.

Mais revenons au lait et à la chair musculaire.

Nous voyons que le lait contient plus de matière minérale que la chair musculaire; qu'il contient autant de chaux que de potasse, tandis que la chair musculaire est riche en potasse et contient fort peu de chaux.

III

Le milieu digestif du lait et de la chair musculaire n'est point le même; nous ne nous arrêterons pas à considérer, en ce moment, les phénomènes de leur digestion et de leur absorption.

L'observation nous démontre que les urines d'un homme soumis au régime exclusif du lait sont peu acides, qu'elles précipitent par la chaleur et que ce précipité est formé d'albumine et de chaux; les humeurs sont donc saturées de sels calcaires, de sels calcaires apportés, venus de l'extérieur et non point saturées de chaux par désassimilation, comme il arrive dans certains états pathologiques.

Que les voies digestives soient le siège, pour des raisons quelconques, de fermentations secondaires, de digestions dévoyées, la chaux sera l'antiseptique naturel contre lequel viendront se heurter, s'arrêter les fermentations que favorisent grandement les sels de potasse et les sels de soude.

Il est facile de s'expliquer ainsi pourquoi le régime carné est toxique dans certaines conditions par défaut de chaux, pourquoi le régime lacté est un antidote puissant de certaines toxhémies, car il joint à sa valeur spoliative qu'il tient de la lactose (professeur Germ. Sée) le pouvoir de modérer les actes biochimiques de la cellule excités par les sels alcalins.

Le lait n'est pas un médicament guérissant les toxhémies; il est, par sa minéralisation, par ses albuminates, un aliment inoffensif: la chaux y contre-balance la potasse.

CLINIQUE MÉDICALE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU TRAITEMENT DE LA COLIQUE SATURNINE PAR L'HUILE D'OLIVE A HAUTE DOSE (1),

Par le Dr F. COMBEMALE,
Professeur aggrégé à la Faculté de médecine de Lille.

Parmi les manifestations les plus fréquentes et les plus rebelles de l'intoxication saturnine, se trouve la colique de plomb; aussi les moyens de la combattre sont-ils nombreux.

Des traitements innombrables ont été préconisés, destinés à calmer la douleur abdominale ou à faire céder la constipation qui l'accompagne toujours; et chacun de ces traitements a des partisans.

A tous les moyens employés dans ces traitements on peut cependant reprocher d'avoir une certaine brutalité d'action ou de ne viser que l'un des symptômes. Ainsi, à étudier le plus célèbre des traitements de la colique des peintres, celui de la Charité, on voit le patient prendre lavement anodin sur lavement purgatif, l'eau bénite après l'eau de casse, et n'en être quitte qu'après cinq jours de purgations, d'émétiques et de laxatifs; l'un des plus récents des moyens proposés, au contraire, l'antipyrine, ne s'adresse qu'au symptôme douleur, qu'elle fait cesser aussi rapidement prétend l'auteur, M. Devic (2), que la belladone administrée suivant la méthode lyonnaise.

Il y aurait place aussi, entre ces deux catégories de moyens thérapeutiques dirigés contre la colique saturnine, pour ceux, anodins et sans rapport avec l'importance des

(1) *Bulletin médical du Nord*, juillet 1893.

(2) Devic et Chatin. *Traitement de la colique de plomb par l'antipyrine.* (*Lyon médical*, octobre 1892.)

Art. 29. — L'État concourt aux dépenses départementales de l'assistance médicale par des subventions aux départements dans une proportion qui variera de 10 à 70 0/0 du total de ces dépenses couvertes par des centimes additionnels et qui sera calculée en raison inverse de la valeur du centime départemental par kilomètre carré.

L'État est en outre chargé:

1° Des dépenses occasionnées par le traitement des malades n'ayant aucun domicile de secours;

2° Des frais d'administration relatifs à l'exécution de la présente loi.

TITRE VI

Dispositions générales.

Art. 30. — Les communes, les départements, les bureaux de bienfaisance et les établissements hospitaliers possédant, en vertu d'actes de fondations, des biens dont le revenu a été affecté par le fondateur à l'assistance médicale des indigents à domicile, sont tenus de contribuer aux dépenses du service de l'assistance médicale jusqu'à concurrence dudit revenu, sauf ce qui a été dit à l'art. 25.

Art. 31. — Tous les recouvrements relatifs au service de l'assistance médicale s'effectuent comme en matière de contributions directes.

Toutes les recettes du bureau d'assistance pour lesquelles les lois et règlements n'ont pas prévu un mode spécial de recouvrement s'effectuent sur les états dressés par le président.

Ces états sont exécutoires après qu'il ont été visés par le préfet ou le sous-préfet.

Les oppositions, lorsque la matière est de la compétence des tribunaux ordinaires, sont jugées comme affaires sommaires, et le bureau peut y défendre sans autorisation du conseil de préfecture.

Art. 32. — Les certificats, significations, jugements, contrats, quittances et autres actes faits en vertu de la présente loi et exclusivement relatifs au service de l'assistance médi-

symptômes, qui traduisent un scepticisme thérapeutique complet : je veux parler des cataplasmes on des onctions avec l'huile de jusquiame.

Je sais bien que les moyens trop actifs ou trop peu actifs ne sont actuellement que peu de mise en thérapeutique; mais cette timidité relative fait précisément que les moyens employés ne peuvent pas répondre à toutes les indications.

Et cependant la double indication de débarrasser l'intestin et simultanément de calmer la douleur est manifeste, flagrante même dans un grand nombre de cas; au reste, ce qui fait ces deux indications thérapeutiques indissolubles, à savoir la subordination de l'hyperesthésie cutanée, musculaire ou profonde, par laquelle se traduit cliniquement la colique de plomb, à la constipation, ou si l'on préfère à sa cause directe, à l'élimination de plomb par l'intestin, ne pourrait actuellement être niée qu'au risque de ne pas voir la pathogénie de cette colique, je le montrerai plus loin.

Aussi, ces deux faits, douleur et constipation, intimement liés dans l'expression symptomatique, ne doivent-ils pas être disjoints dans le traitement. Et c'est cependant à cette indication double que ne répondent plus la plupart des traitements proposés depuis quelques années.

Posséder un agent médicamenteux qui, sans brutalité, calme réellement la douleur en même temps qu'il débarrasse l'intestin, c'est donc là l'idéal pour quiconque a à traiter une colique saturnine.

La question a été résolue dans la colique hépatique, qui a avec la colique de plomb de si nombreux points de ressemblance au point de vue du mécanisme de sa production et chacun a présents à la mémoire les succès que dans une certaine clientèle, pas trop difficile sur les agents thérapeutiques employés, et décidée à guérir même avec des moyens vulgaires, on obtient facilement en administrant de l'huile d'olives (1). C'est précisément ce même moyen qui a encore réussi entre les mains de M. WEIL (de Lyon), dans la colique de plomb.

« M. WEIL rapporte en effet (2), dans le *Lyon médical*, qu'il a traité avec succès cinq cas de colique saturnine par l'huile d'olives; le malade prenait l'huile à la dose d'un verre par jour. Dans les cinq cas, la guérison est survenue au bout de trois à cinq jours de traitement; elle a coïncidé avec l'apparition de selles copieuses provoquées par l'ingestion de l'huile. Mais, même avant cette débâcle, dès le premier verre d'huile, les douleurs diminuaient considérablement, ce qui prouve que dans la colique saturnine, l'huile d'olive exerce, en dehors de son action purgative, un effet analgésique sur le tube digestif.

« Chez l'un des cinq malades, les deux premiers verres d'huile furent rejetés et ne produisirent par conséquent aucune amélioration, tandis que le troisième verre, ayant été gardé, amena une débâcle et la disparition complète des phénomènes douloureux. Un autre malade chez lequel le traitement par la belladone et les purgatifs avait été employé sans résultats, fut amélioré dès le premier verre d'huile et guérit définitivement après le cinquième verre.

« Dans tous les cas l'huile a fait disparaître non seulement la colique de plomb proprement dite, mais aussi les autres phénomènes de saturnisme qui l'accompagnaient, tels que les myalgies, les arthralgies, les anesthésies cutanées, les céphalées et les vertiges. »

L'huile d'olives, à la dose d'un grand verre par jour, serait donc capable de faire cesser douleur et constipation dans la colique de plomb. Avant de chercher l'explication de ce fait j'ai voulu en contrôler l'observation, et j'ai saisi toutes les occasions de le faire; durant une suppléance d'un mois à l'hôpital Saint-Sauveur j'ai pu appliquer deux fois ce traitement; voici les observations :

OBSERVATION I. — Pich..., Édouard, âgé de 42 ans, domicilié à Fives et employé depuis deux mois et demi dans une fabrique de céruse, entre à l'hôpital Saint-Sauveur le 7 février 1893 pour douleurs violentes dans la région abdominale, vomissements et constipation opiniâtre.

Couché dans la salle Saint-Louis, au lit n° 22, il donne les renseignements suivants à M. Caron, externe distingué du service de M. le professeur Wannebroucq : sans autres antécédents héréditaires qu'un père mort d'une affection nerveuse indéterminée, cet homme n'a pas de passé pathologique à proprement parler : on ne note qu'une diarrhée chronique de quatre mois de durée survenue à l'âge de 34 ans.

Ouvrier agricole pendant l'été, il travail l'hiver, le plus souvent dans les divers usines de la ville, quelquefois à la céruse : c'est ainsi qu'en 1870-1871, pendant cinq mois, il s'est fait employer dans une céruserie sans avoir éprouvé le moindre accident. Ce malade n'avoue pas d'alcoolisme et on n'en rencontre pas d'autre part les stigmates.

Dès la septième semaine de son embauchage chez M. Bér..., cérusier, le malade présente des épreintes; chaque jour, il se

(1) Depuis trois ans que j'ai expérimenté pour la première fois l'huile d'olives dans la colique hépatique, j'ai maintes fois eu l'occasion de conseiller cet agent et je n'en ai obtenu que des succès.

(2) Weil. *Traitement de la colique saturnine par l'ingestion d'huile.* (*Lyon médical*, décembre 1892.)

---

cale, sont dispensés du timbre et enregistrés gratis lorsqu'il y a lieu à la formalité de l'enregistrement sans préjudice du bénéfice de la loi du 22 janvier 1851 sur l'assistance judiciaire.

Art. 33. — Toutes les contestations relatives à l'exécution soit de la délibération du conseil général prise en vertu de l'art. 4, soit du décret rendu en vertu de l'art. 5, ainsi que les réclamations des commissions administratives relatives à l'exécution de l'arrêté préfectoral prévu à l'art. 24, sont portées devant le conseil de préfecture du département du requérant et, en cas d'appel, devant le conseil d'État.

Les pourvois devant le conseil d'État, dans les cas prévus au paragraphe précédent, sont dispensés de l'intervention de l'avocat.

Art. 34. — Les médecins de service de l'assistance médicale gratuite ne pourront être considérés comme inéligibles au conseil général ou au conseil d'arrondissement à raison de leur rétribution sur le budget départemental.

Art. 35. — Les communes ou syndicats de communes qui justifient remplir d'une manière complète leur devoir d'assistance envers d'une manière complète leur devoir d'assistance envers leurs malades peuvent être autorisés par une décision spéciale du ministre de l'intérieur, rendue après avis du conseil supérieur de l'assistance publique, à avoir une organisation spéciale.

Art. 36. — Sont abrogées les dispositions du décret-loi du 24 vendémiaire an II, en ce qu'elles ont de contraire à la présente loi.

présente deux et trois fois à la selle et n'aboutit qu'à expulser de très petites scybales.

Le 2 février, quoique la douleur abdominale se fût annoncée dès la veille au soir par de la pesanteur, Pich..., se fiant à ce que son sommeil n'avait pas été troublé, se rend à son travail; mais au bout d'une heure, le malade se trouve en proie à de violentes douleurs de toute la région abdominale, mais localisées surtout à la région épigastrique et à l'insertion des muscles grands droits de l'abdomen sur le pubis. Il quitte l'atelier pour rentrer chez lui : il a envie de vomir, mais ces nausées ne sont pas suivies d'effet, il souffre d'un léger mal de tête; pas de douleurs musculaires, mais sensation de faiblesse et de courbature générale.

Le 3 février, le médecin de la fabrique appelé, lui ordonne une médecine qui purge le malade presque immédiatement et produit deux selles liquides contenant de gros bouchons durs de matière fécale. Les douleurs continuent ainsi que la courbature.

Le 4 février, la constipation se reproduit immédiatement, les douleurs continuent; cet état persistant, Pich... entre à l'hôpital quelques jours après.

Le 7 février, à son entrée, le malade est pâle, ses traits sont tirés, les deux pupilles paraissent dilatées; pas de céphalalgie. La langue est blanche, large, étalée; le liséré de Burton est étroit, mais bien marqué aux gencives de l'une et de l'autre mâchoire.

Le pouls est dur et lent. L'artère radiale paraît légèrement athéromateuse. Il n'y a pas de souffle au cœur. La peau du ventre présente une hyperesthésie exquise : il se produit de la douleur au moindre frôlement. La pression large et profonde de la main ne produit pas de douleur dans les régions des flancs, mais est très douloureuse au niveau des muscles grands droits de l'abdomen et se répercute aux insertions de ces muscles au creux épigastrique et au pubis. En dehors de ces douleur provoquées, le malade souffre continuellement de douleurs sourdes, sans rémissions, s'exagérant au contraire tous les jours vers le soir et présentant leur maximum à la région épigastrique; il est encore constipé. Suivant le traitement habituel, on applique des sinapismes le soir de son entrée, sur le bas-ventre.

Le 8 février, l'état ci-dessus décrit continuant, à la visite du matin nous prescrivons 200 grammes d'huile d'olive; le malade le vomit presque immédiatement après l'avoir pris. Durant toute la journée, il se montre plus affaissé qu'à son entrée; devant la continuation des symptômes précédents, à la contre-visite du soir ont revient aux sinapismes sur le bas-ventre.

Le 9 février, nous maintenons la prescription de la veille : la même dose d'huile d'olive est prise d'une seule lampée un quart d'heure après que le malade a avalé une potion avec 20 centigr. de menthol. L'huile d'olives n'est pas vomie, et quatre à six heures après, le malade a une abondante selle. Les douleurs s'améliorent progressivement après chacune des selles qui se reproduisent trois fois dans la nuit et dans la journée du lendemain jusqu'à 5 fois.

Les 10 et 11 février, l'amélioration continue : plus de douleurs de ventre ni à la pression ni spontanées; plus d'hyperesthésie cutanée. L'appétit est revenu, l'engorgement des parotides paraît diminuer.

Le malade demande qu'on lui signe son exeat le 15 février.

Obs. II. — Darr..., Léon, âgé de 35 ans, issu d'une famille sans tare héréditaire et père de six enfants bien portants, n'a jamais été malade lorsqu'il se présente à la consultation de l'hôpital Saint-Sauveur le 20 janvier 1893.

Depuis quatre mois et demi cet homme travaillait dans une céruserie; d'abord employé au battage des lames de plomb, il passa ensuite au travail des fours, là où les particules de céruse sont très abondantes dans l'air. A la suite d'excès de boissons (il prend quotidiennement son petit verre le matin et le dimanche préfère la bière, mais ce jour-là il avait dépassé même la mesure dominicale), il fut pris un jeudi matin de vomissements, sans éprouver de céphalée, ni d'autres symptômes; le lendemain, le 13 janvier, les douleurs apparurent violentes dans le bas ventre et à l'épigastre; c'était la colique de plomb. Son patron ne s'y trompa pas et lui conseilla de quitter son travail et de se reposer pendant quelques jours. Au bout de cinq jours, se sentant mieux, Darr..., voulut reprendre son travail; mais deux jours après, les vomissements se reproduisirent, accompagnés cette fois de perte d'appétit, de constipation et de coliques très violentes; un purgatif drastique n'amena à ce moment aucun résultat.

Le 20 janvier, l'admission de ce malade à l'hôpital est immédiate.

Il a le teint légèrement jaune, la langue blanche, sale et étalée. Il présente le liséré gingival de Burton bien caractérisé, les dents sont en outre déchaussées. Rien à la face interne des joues, ses paupières supérieures sont un peu tombantes; les traits sont tirés et expriment la douleur.

Le pouls est dur et lent; pas de souffle cardiaque.

Le ventre est dur, déprimé et on y remarque très nettement la saillie formée par les deux muscles grand droit de l'abdomen. La peau du ventre est très sensible au moindre attouchement, de même que les muscles à une pression plus profonde.

Le malade se plaint de douleurs continues, surtout intenses au creux épigastrique, mais généralisées à tout l'abdomen, ne présentant que de légères rémissions, survenant entre deux paroxysmes. Il souffre aussi de douleurs dans les groupes musculaires des mollets, des cuisses et des bras; ses poignets tendent à se porter dans la flexion, quand il ne fait pas d'effort de volonté pour les mouvoir.

Dès son entrée, on met le malade au régime lacté, on lui fait un badigeonnage de teinture d'iode sur le ventre et on lui applique des sinapismes le long des membres, sur les muscles douloureux.

Le 21 janvier, la myosalgie des membres s'est calmée ainsi que l'hyperesthésie cutanée; on fait une seconde application de teinture d'iode et l'on combat la constipation avec 40 gr. de sulfate de magnésie; cette purgation est vomie quelques minutes après qu'elle a été prise.

Le 22 janvier, devant la persistance de la douleur et la résistance de la constipation aux purgatifs employés, on fait absorber au malade un grand verre d'huile d'olive, et l'on conserve les sinapismes sur le ventre contre la myosalgie.

Le 23 janvier, le creux épigastrique reste seul douloureux. Les copieuses évacuations alvines et les révulsifs ont beaucoup soulagé le malade et calmé ses douleurs. Il a pu dormir la nuit.

Le pouls paraît plus dépressible et est encore lent; la langue est toujours blanche. Une nouvelle administration d'huile d'olive est ordonnée comme hier. L'effet produit sur la douleur est très marqué; dans la soirée, toute la douleur et même toute tension au niveau de l'épigastre a disparu; les selles pro-

voquées ont été nettement diarrhéiques, mais peu nombreuses.
Le 27 janvier, le malade quitte l'hôpital.

Les deux observations que je viens de rapporter me paraissent devoir ne pas laisser de doute dans l'esprit. Dans le premier cas, un cérusier en éminence de colique saturine depuis près d'un mois réalise un accès franc, que les purgatifs employés ne parviennent pas à enrayer; un premier verre d'huile d'olives est vomi, mais le lendemain un second verre, toléré grâce au menthol, amène la débâcle et fait cesser les douleurs, qui s'amendent avec chaque selle. Dans le second cas, il sagit aussi d'un cérusier, qu'un excès de boisson a conduit à ta colique saturnine; nullement soulagé par un purgatif drastique, à peine ca lmé dans son hyperestbésie et sa myosalgie par des badigeonnages à la teinture d'iode, il tire tout bénéfice de l'ingestion d'un verre d'huile d'olive qui provoque la diarrhée, localise la douleur le premier jour, et lors d'une seconde prise fait disparaître tous symtômes de colique.

Les résultats annoncés par le Dr Weil sont donc réels: la colique de plomb est facilement enrayée par l'absorption d'un verre d'huile d'olives; et en répétant cette médication le lendemain et le surlendemain on assure la guérison.

J'avais fait ainsi la vérification de l'assertion du médecin lyonnais et ma conviction était assise. Un autre cas s'étant présenté toutefois à mon observation, j'ai encore employé l'huile d'olives, et encore avec succès; je désire rapporter l'observation résumée.

Obs. III. — War..., Alphonse, 34 ans, cérusier, entre à l'hôpital de la Charité le 20 février 1893, pour des douleurs violentes qui siègent dans la région hypogastrique.

Maçon de son état, il a dû, faute d'ouvrage, accepter du travail dans une céruserie, où il a fait deux séjours de quinze jours à deux semaines d'intervalle. Sans antécédents héréditaires ni personnels, cet homme, au cours de son second embanchage, fut pris un matin de douleurs légères dans le ventre, durant quinze jours il fut ainsi, n'allant que difficilement à la selle, souffrant dans son abdomen, ne mangeant pas. Après avoir essayé de se traiter chez lui par les purgatifs répétés, et les douleurs augmentant, il se fait amener à l'hôpital.

A l'examen, on constate sur les parois abdominales un endolorissement général, et, si l'on vient à presser, l'éveil de point douloureux au niveau du creux épigastrique, à la ligne d'insertion des grand droits de l'abdomen sur les côtes et le pubis: des irradiations douloureuses se font même dans les pectoraux.

Les téguments sont pâles, décolorés; pas de trémulations de la langue, ni des membres supérieurs, mais sur le rebord gingival du maxillaire inférieur un liséré bleuâtre très net. Le pouls est athéromateux; pas d'albumine dans les urines.

La constipation dure toujours, l'appétit est nul.

Le 21 février, le diagnostic porté, on fait prendre au saturnin 250 grammes d'huile d'olive en une fois. Le malade supporte l'ingestion de cette huile et, quelques heures après, plusieurs selles copienses diarrhéiques se produisent; au dire du malade, à chaque selle il sentait sa douleur diminuer.

Les jours suivants, du 22 au 27 février, date de sa sortie, War... prend chaque matin de 50 à 100 gr. d'huile d'olive. L'appétit est du reste revenu, et le malade trouve même la ration insuffisante. Mais les douleurs n'ont pas pour cela tout à fait disparu; si l'on vient à presser à la région épigastrique et sur le sternum, les muscles grand droits et pectoraux restent sensibles.

Voilà donc un troisième cas qui vient à l'appui de l'assertion de M. Weil. Je pourrais donc dire, s'il n'y a pas exagération à conclure de trois cas, qu'à chaque saturnin souffrant de colique, l'huile d'olive apporte le soulagement et la fin de la constipation.

Devant une action curatrice aussi manifeste, aussi évidente, il convenait de se demander quel était le mécanisme intime de cette action: les hypothèses se présentaient en foule à l'esprit, mais il fallait faire un choix.

D'abord, il convenait d'éliminer, comme non appuyée sur l'expérimentation physiologique, l'opinion émise par M. Weil, d'une propriété analgésique attribuable à l'huile d'olive elle-même ou à ses produits de décomposition: ni l'huile, ni la glycérine ou les acides gras qui sont ses produits de saponification, ne possèdent de propriétés semblables.

Cela fait, il devenait évident que la sédation des douleurs chez le saturnin coliqueux était secondaire à l'action réelle provoquée par l'huile d'olive: cette action, qui tient sous sa dépendance les manifestations douloureuses de l'intoxication saturnine aiguë, a-t-elle pour effet simplement la désobstruction de l'intestin ou bien se manifeste-t-elle aussi par la soustraction à l'économie des composés plombiques qui l'imprègnent.

L'une et l'autre hypothèse sont défendables.

Il est indéniable, et je crois l'avoir montré péremptoirement par des expériences sur les animaux (1), que l'apport continu de plomb dans l'économie détermine une excitabilité sensitive et sensorielle considérables, qui se traduira cliniquement par la myosalgie, la douleur cutanée au frôlement ou la douleur profonde spontanée ou provoquée au besoin des hallucinations. Il n'est pas, d'autre part contestable, à bien approfondir la question, que la constipation entretient les manifestations de cette excitabilité réflexe. En effet, et je ne puis m'empêcher de faire ici une petite digression pour la démonstration de cette intervention de la constipation dans les phénomènes douloureux de saturnisme, si, ainsi que je l'ai prouvé avec M. François, une cause quelconque, l'ivresse, un châtiment, l'introduction du thermomètre dans le rectum détermine des accidents épileptiformes chez un chien saturnisé, la présence dans l'intestin de scybales dures, agissant à la façon de corps étrangers, irritants, peut bien amener le réflexe douloureux, tout le complexus en un mot de la colique saturnine; il n'y a là rien qui répugne à l'esprit et l'analogie est flagrante.

En débarrassant l'intestin au moyen d'un purgatif doux des matières fécales y contenues, faire cesser l'excitabilité réflexe du système nerveux exaltée par l'intoxication saturnine et mise en jeu par la présence des matières fécales c'est donc, en réalité, à quoi contribue l'huile d'olives, à quoi se réduit en dernière analyse l'action de l'huile d'olives.

D'autre part, je ne suis pas éloigné de croire que cette

(1) Combemale et François. *Recherches expérimentales sur les phénomènes nerveux et les causes déterminantes de leur apparition dans le saturnisme chronique.* (*Académie des Sciences*, 4 août 1890.)

même huile d'olives contribue à reprendre à l'économie le plomb qu'elle a emmagasiné; et son rôle ici est peut-être double. En donnant, avec les albuminates de plomb lorsque ceux-ci se présentent à la surface intestinale ou ont été entraînés avec la bile, et depuis les travaux de Dixon Mann (1) l'on sait que c'est sur le filtre intestinal que l'élimination du plomb est le plus active et se fait d'une façon constante, en donnant, dis-je, un composé insoluble, mais saponifiable (il se produit en réalité le savon de plomb si communément employé sous le nom d'emplâtre simple), l'huile d'olives enlèverait donc une partie du plomb circulant et diminuerait les chances d'une redissolution et d'une reprise par les sucs de l'économie; cette explication que je propose a à mes yeux presque la valeur d'une réalité, tant elle s'appuie sur des faits connus et sévèrement contrôlés.

La seconde partie du rôle dévolu à l'huile d'olives dans le traitement de l'intoxication saturnine est plus hypothétique et ne repose, il est vrai, sur aucune expérience; mais il y a lieu de se demander si dans l'intoxication chronique le plomb combiné dans l'économie, ce stock auquel s'alimente le plomb circulant qui s'élimine tous les jours, n'est pas attaqué lui aussi par l'huile d'olives, mis en combinaison organique telle que son excrétion en est facilitée. Je le répète, aucune expérimentation ne m'autorise à l'avancer; seule l'observation suivante m'a conduit à le supposer, et encore je ne m'illusionne point qu'il ne s'agit que d'un seul fait, et que c'est peu pour conclure, si cela suffit pour induire.

Au reste, voici l'observation :

Obs. IV. — Lal..., Fleury, 50 ans, cérusier, rentre le 6 février 1893 à l'hôpital de la Charité de Lille. Il a déjà fait plusieurs séjours dans nos salles pour des coliques de plomb; mais ces bizarreries de caractère, manifestations certaines à mon avis d'encéphalopathie saturnine chronique, l'amènent souvent à quitter le service avant que d'être complètement guéri.

Il revient actuellement demander nos soins parce que depuis sa dernière sortie il a en quelques troubles psychiques (délire, hallucinations, menaces) et que d'autre part il tremble trop pour continuer son travail.

Le teint terreux, les gencives bordées d'un liséré bleuâtre, le pouls lent et les artères athéromateuses, cet homme ne présente pas d'autre part de lésions bien nettes : le cœur paraît normal; le foie n'est ni hypertrophié ni atrophié; il n'y a pas d'albumine dans les urines; toute constipation a cédé; les poumons sont sains. Il existe cependant une céphalée légère mais continue, et des tremblements se remarquent dans tous les muscles du corps, surtout le soir; les doigts écartés, la main étendue, les oscillations sont très rapides, plus ou moins larges suivant les jours, au dire du malade; dans les jambes, les mêmes secousses existent qui empêchent parfois Lal..., de dormir et rendent difficile la station debout; la parole est un peu bredouillée, la langue animée au repos de tremblotements fibrillaires. Je me hâte d'ajouter que le malade nie avec énergie tout excès alcoolique habituel.

Le saturnisme est trop certain chez Lal..., pour qu'on se refuse à lui subordonner tous ces symptômes psychiques et nerveux. Aussi, après une tentative vaine de traitement par l'iodure de potassium et les bains sulfureux, a-t-on recours à une autre méthode, à d'autres moyens; à dater du 20 février, on fait prendre à ce malade, chaque matin, un verre à madère d'huile d'olives; le premier jour de ce traitement la quantité d'huile ingérée fut supérieure à 100 grammes, et rien ne fut ajouté à ce traitement si simple.

Vers le 5 mars, j'eus l'occasion d'examiner ce malade, qui vint m'annoncer une amélioration manifeste de son état; de constipation il n'en était plus question pour lui, et la chose me parut toute naturelle; d'idées délirantes, bizarres, d'hallucinations et d'impulsions offensives, il ne s'en était plus montré depuis plusieurs jours et les religieuses du service l'avaient remarqué et l'affirmaient; quant aux tremblements, l'intensité avait bien diminué, la marche et la station debout étaient devenues possibles et même faciles, le sommeil n'en souffrait plus.

Quelques jours après, le 13 mars, se voyant mieux, Lal... se dérobe à notre observation prolongée en réclamant son exeat.

Cette unique observation de traitement du saturnisme chronique par l'huile d'olives quotidiennement ingérée à la dose de 50 grammes environ, peut donc être interprétée dans le sens que j'indiquais en dernier lieu. Si en quinze jours l'amélioration est survenue telle que les troubles nerveux et psychiques (délire et tremblements) ont diminué ou disparu, c'est que le plomb a disparu des points où il se localise volontiers dans l'économie, qu'il circule d'autre part en moins grande abondance et que les réactions du système nerveux sont moins vives en présence de ce qu'il en reste encore; et l'effet n'en est imputable, en l'absence de toute autre médication, qu'à l'huile d'olives. L'élimination du plomb semble donc favorisée par cet agent médicamenteux chez les saturnins chroniques.

De cette courte étude sur l'action de l'huile d'olives dans le saturnisme chronique on peut conclure :

1° Qu'à haute dose, 200 grammes environ en une fois (il convient parfois pour la faire tolérer d'insensibiliser en partie l'estomac par la cocaïne, le menthol, etc.), l'huile d'olive a dans la colique saturnine une action désobstruante et sédative à la fois que ne procurent pas aussi nettement les autres moyens thérapeutiques.

2° Qu'à la dose de 60 grammes environ par jour, l'huile d'olives a, dans un cas de saturnisme chronique confirmé, donné d'excellents résultats pour faire cesser les phénomènes nerveux.

Si cette conclusion était corroborée par des observations ultérieures, on pressent quel nouveau moyen hygiénique on posséderait pour prévenir l'apparition de la colique saturnine; sans rien changer aux mesures prophylactiques qui se répandent dans les usines et aux précautions hygiéniques que prennent de plus en plus les ouvriers qui manipulent le plomb, il faudrait avoir recours à une absorption quotidienne d'une faible quantité d'huile d'olives, sous forme d'assaisonnement ou d'ingestion à titre médicamenteux; le moyen serait simple et peu coûteux, le résultat peut être très considérable. L'avenir seul jugera.

---

(1) Dixon Mann. *Du traitement de l'empoisonnement plombique chronique.* (*British med. Journal*, 25 février 1893.)

REVUE DES JOURNAUX

Les résultats de la recherche du gonococcus chez 600 prostituées, par le Dr H. Laser. (*Deutsche medicin. Wochenschrift*, 1893, n° 37, p. 892.)

C'est aujourd'hui une opinion bien accréditée que l'examen des prostituées, tel qu'il se pratique ordinairement dans les dispensaires, ne donne que des garanties très insuffisantes, pour ce qui concerne la prophylaxie des maladies vénériennes et principalement de la blennorrhagie. Neisser, à qui nous devons la découverte du gonocoque, a été un des premiers à signaler cette lacune, qu'il a bien mise en évidence à la suite de la double enquête qu'il lui a été donné d'instituer en 1888 et en 1889. Tandis que pendant les années 1886 et 1887, la blennorrhagie n'a figuré que pour un taux de 9,5 0/0, dans l'ensemble des maladies vénériennes relevées chez les prostituées placées sous le contrôle de la police, à Breslau, ce taux s'est élevé à 54 et 47,3 0/0, lorsque l'on eut complété le simple examen au spéculum par la recherche du gonocoque dans la sécrétion uréthro-vaginale des femmes.

Neisser a conclu de ces résultats à la nécessité de rechercher le gonocoque dans la sécrétion des organes génito-urinaires des femmes placées sous la surveillance de la police, cela dans l'intérêt de la santé publique.

Cette proposition s'est heurtée à une double objection. On a fait valoir d'abord la perte de temps et la dépense relativement considérable que nécessiteraient des examens pratiqués conformément au programme dressé par Neisser. Il n'y aurait évidemment pas lieu de s'arrêter devant semblable objection, si l'adoption des mesures proposées par Neisser devait restreindre dans une mesure considérable la propagation des affections blennorrhagiques, dont les conséquences prochaines et éloignées ne sont pas encore appréciées à leur véritable gravité par la majorité des médecins.

Mais on objecte aussi que la constatation du gonococcus dans la sécrétion des organes génito-urinaires n'a pas la valeur diagnostique que d'aucuns ont la prétention de lui attribuer. Le gonococcus peut manquer dans les sécrétions morbides d'une personne atteinte d'une affection blennorrhagique; inversement, le gonococcus peut être constaté dans la sécrétion des organes génito-urinaires en l'absence de toute infection blennorrhagique. En France, M. Vibert, entre autres, a défendu cette dernière proposition, dans un travail sur la valeur du gonocoque en médecine légale.

C'est donc cette seconde objection, relative à la signification diagnostique du gonocoque de Neisser, dont il faut au préalable déterminer la valeur, avant de rechercher une solution pratique à la question de prophylaxie, soulevée par les recherches de Neisser. On n'y arrivera qu'en multipliant les enquêtes de la nature de celle qu'à instituée pour la première fois par ce médecin, qui a déjà trouvé quelques imitateurs. De ce nombre est M. Laser, dont nous allons faire connaître les récentes recherches.

M. Laser a été autorisé à faire ses investigations bactériologiques sur 197 prostituées, placées sous la surveillance de la police à Königsberg. Avec les produits de sécrétion recueillis chez ces femmes, il a fait en tout 605 préparations, dont 600 seulement ont pu être utilisées. Ces 600 préparations se répartissent ainsi, en tenant compte de la provenance du produit de sécrétion :

Provenance de l'urèthre........	353
— du vagin........	180
— du col........	67
	600

Sur les 67 préparations faites avec le produit de sécrétion du col utérin, 21 contenaient d'une façon certaine du gonococcus. Chez un petit nombre seulement des femmes qui avaient fourni la matière de ces préparations, on a constaté des symptômes cliniques tels que :

Ecoulement vaginal muco-purulent, abondant, 1 fois.
Ecoulement purulent par le col, 2 fois.
Rougeur vive et tuméfaction de la muqueuse, 1 fois.

Dans les 17 autres cas, les symptômes cliniques faisaient défaut.

Chez les 46 femmes sans gonococcus apparents dans la sécrétion du col, on a constaté :

Une sécrétion séreuse vaginale abondante........	2 fois.
De la rougeur et de la tuméfaction de la muqueuse...	1 —
Une sécrétion épaisse du col........	2 —
Un écoulement menstruel........	1 —

— Dans les préparations, au nombre de 180, faites avec la sécrétion vaginale, on a constaté la présence du gonococcus 7 fois. Mais dans 5 cas sur 7, l'urèthre était le siège d'une abondante sécrétion de pus très riche en gonococcus; il y avait donc lieu de supposer que dans ces 5 cas, les gonocoques trouvés dans le muco-pus recueilli à l'entrée du vagin provenaient de l'urèthre. Dans un sixième cas, les gonococcus trouvés dans le vagin, devaient provenir du col, dont la sécrétion contenait également de ces microorganismes. Reste donc 1 seul cas où l'affection blennorrhagique du vagin paraissait être en rapport avec une affection primitive de ce canal. Dans ce cas unique, la muqueuse du vagin avait une teinte d'un bleu foncé, et elle sécrétait un pus épais.

Sur les 273 préparations faites avec la sécrétion vaginale et qui ne contenaient pas de gonococcus, 74 ne renfermaient pas de micro-organismes du tout. Dans les autres, on a trouvé, d'une façon constante, un bacille court, seul ou coexistant avec des coccus: staphylocoques, dans 3 cas, bacille-virgule, dans 1 cas, filaments de leptothrix dans 3 cas. Dans 12 cas, le vagin était le siège d'une abondante sécrétion muco-purulente.

Sur les 112 cas qui ont donné lieu à la constatation de la présence du gonococcus dans la sécrétion uréthrale, il n'y en avait que 21 avec écoulement purulent manifeste par l'urèthre; 6 des 91 cas restant se rapportaient à des femmes qui, peu de temps auparavant, avaient obtenu leur exeat de l'hôpital comme étant guéries d'une blennorrhagie. Dans 13 cas sur 112, la muqueuse était rouge et tuméfiée, mais ne sécrétant qu'un mucus séreux; dans 13 autres cas il n'existait qu'un catarrhe folliculaire de la muqueuse; 4 femmes avaient des condylomes pointus. En somme sur les 112 femmes qui avaient des gonocoques dans la sécrétion uréthrale, 61 ne présentaient pas le moindre signe de nature à faire soupçonner une gonorrhée.

Restent les 241 cas où la recherche du gonocoque n'a donné que des résultats négatifs. Au nombre de ces cas s'en trouve 17 où on a constaté l'existence d'un catarrhe folliculaire; dans 7 cas la muqueuse était rouge, ramollie; dans 31 cas il existait

même des raisons de soupçonner l'existence d'une blennorrhagie. En effet, dans 8 de ces cas, en pressant sur la paroi supérieure du vagin, on faisait sourdre hors de l'urèthre un pus épais, et un mucus séreux, dans les 23 autres cas.

M. Laser conclut de ces résultats qu'une affection purulente des organes génito-urinaires peut être causée et entretenue par des micro-organismes autres que le gonococcus. Reste à savoir si dans les cas sur l'observation desquels est fondée cette conclusion, le muco-pus ne contenait pas des gonocoques qui ont passé inaperçus. Il aurait à rechercher aussi ce qu'il y a de vrai dans l'opinion de Wertheim comme quoi les micro-organismes rencontrés dans ce muco-pus ne seraient pas simplement des gonocoques dégénérés.

En tout cas les résultats des recherches de M. Laser parlent en faveur de l'adoption des mesures réclamées par Neisser, pour rendre plus efficace la surveillance sanitaire des prostituées, considérée dans ses rapports avec la prophylaxie des affections blennorrhagiques.

Dans le cours de son enquête, M. Laser s'est préoccupé également de rechercher jusqu'à quel point la prostitution entraîne la stérilité chez les femmes. Sur 40 femmes qu'il a interrogées à ce point de vue, 22 = 55 0/0 avouaient avoir eu des enfants. 2 de ces femmes avaient accouché 5 fois, 1 autre 6 fois et une autre encore 7 fois. E. RICKIN.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

DE LA LEUCOPLASIE BUCCALE,
Par M. le Dr CLÉMENCEAU DE LA LOQUERIE.

On pourrait déjà former une petite bibliothèque avec les thèses, mémoires et opuscules inspirés par l'étude de cette affection singulière que, par un reste d'habitude, nous continuons à désigner sous le nom tout à fait impropre de *psoriasis buccal*. Et pourtant, malgré le nombre et la valeur de ces travaux, nous ne sommes pas encore définitivement fixés sur tous les points de l'histoire de cette maladie : incertitude qui tient peut-être à ce que le nom de celle-ci, trop longtemps imposé par l'usage, a entretenu jusqu'à ce jour, en ce qui la concerne une véritable confusion. M. le Dr Clémenceau de la Loquerie, qui vient de publier une petite brochure sur ce sujet, a protesté à sa manière contre cet abus en adoptant le terme « leucoplasie buccale », qui possède au moins l'avantage de ne pas présumer de la nature de la maladie. En effet, notre confrère estime, avec Debove et la plupart de ses contemporains, que la stomato-glossite épithéliale n'a rien de commun avec le psoriasis de la peau et des muqueuses, opinion qui est adoptée généralement et n'a vraiment plus besoin de démonstration. C'est une affection tout à fait à part, qui a son autonomie et son individualité et qui doit être séparée soigneusement de certaines stomatites plus ou moins malignes d'aspect, mais absolument différenciée, au double point de vue du pronostic et du traitement. Il n'y a pas encore longtemps, on contestait la légitimité de cette séparation : on peut considérer maintenant cette dernière comme un fait accompli.

Ce qui semble avoir préoccupé le plus M. Clémenceau de la Loquerie dans son livre c'est l'importance des altérations histologiques caractéristique de la leucoplasie, et la critique des opinions auxquelles la connaissance de ces altérations a fourni matière. Il insiste en particulier sur les modifications qui s'opèrent *in situ* et qui ont souvent pour résultat final, comme on le sait, la transformation des plaques en tissu épithéliomateux, c'est-à-dire en cancroïde. De fait, cette transformation est assez fréquente pour mériter de figurer parmi les modes d'évolution principaux de la maladie. C'est elle qui, en tout cas, devient la note dominante et représente le point noir en matière de pronostic. Ici les théories n'ont pas manqué, toutes plus ou moins acceptables. M. Leloir, qui a étudié et approfondi la question, estime que la dégénérescence épithéliale n'est qu'une conséquence immédiate et indirecte de l'affection buccale. M. Clémenceau est d'un avis différent, il se demande si la leucoplasie et le cancroïde ne sont vraiment pas une seule et même affection, *une* quant au point de départ et à la nature, et différenciée seulement par la variété d'aspect de ses diverses périodes. Dans cette conception, les altérations du premier degré ne seraient que la première manière d'être, le fait initial d'une évolution *sui generis* dont le dernier terme serait l'épithéliome. Evidemment cette hypothèse est aussi soutenable et aussi acceptable que la précédente. Elle peut même supporter la comparaison avec la théorie de l'origine parasitaire, à laquelle les doctrines microbiennes fournissent un appui qui n'est pas à dédaigner. Celle-ci a trouvé des adhérents, bien que toutes les recherches instituées en vue de déterminer l'existence d'un agent spécial aient échoué jusqu'à présent, d'une manière complète. Reconnaissons d'ailleurs que cette discussion concernant le mécanisme de la relation qui unit la leucoplasie buccale au cancroïde n'offre vraiment qu'un intérêt de second ordre. Le point essentiel, sur lequel tous les observateurs sont d'accord, c'est la constatation du fait, qui entraîne les conclusions relatives à la prophylaxie et au traitement.

Sur ce dernier chapitre, M. Clémenceau de la Loquerie a été précis et formel et c'est sans ambages, avec une conviction bien arrêtée, qu'il recommande vis-à-vis de la leucoplasie buccale l'ablation précoce et complète des îlots sclérosés, au moyen des procédés qui paraissent les meilleurs pour réaliser ce résultat. L'acide chromique est, dans cet ordre d'idées, un topique d'une efficacité incontestable et qui mérite certainement la préférence. En cas de transformation cancroïdale commencée, l'intervention par le galvano-cautère devient le procédé de choix pour détruire et supprimer les foyers de pullulation néoplasique. C'est donc véritablement l'éradication du mal, à toutes ses phases, que le médecin doit s'efforcer d'obtenir, s'il veut guérir son malade, lui éviter cette éventualité redoutable et toujours menaçante de la transformation cancéreuse. Toutes les autres prescriptions, relatives à l'hygiène buccale, ne possèdent qu'une action incertaine ou illusoire, et il serait imprudent de faire fond sur elle. Telle est la conclusion qui s'impose désormais, dit notre confrère en manière de corollaire à la petite brochure où il a exposé la question. Nous donnerons volontiers gain de cause à cette conclusion, qui a pour elle le double appui du raisonnement et des résultats fournis par la pratique. P. M.

LE SYSTÈME NERVEUX DANS LA FIÈVRE TYPHOÏDE.
Par MM. PECHÈRE FUNCK.

La fièvre typhoïde est une infection générale, *totius substantiæ*, et comporte à ce titre une symptomatologie extrêmement vaste, à laquelle concourent tous les grands systèmes organiques et appareils. Dans ce complexus, le système nerveux peut revendiquer une part importante, souvent prépondé-

rante, en tous cas suffisante pour justifier une étude à part, une monographie où tout ce qui s'y rapporte mérite les honneurs d'une description détaillée. C'est cette tâche que MM. Pechère et Funck ont assumée, et nous devons à leur collaboration un travail intéressant, dans lequel la théorie et l'hypothèse tiennent peut-être une place trop large, mais qui n'en constitue pas moins un document précieux à consulter. Les auteurs se sont préoccupés surtout d'adapter la doctrine microbienne à l'interprétation des faits relevés par eux, ce qui paraîtra légitime, étant donné le courant d'idées qui règne actuellement dans la science. Toutefois, cette préoccupation a le tort d'être trop systématique et MM. Pechère et Funck lui ont sacrifié au-delà du nécessaire, en cherchant visiblement à plier les faits à la théorie, ce qui dénote un parti pris sujet à caution. Attribuer les troubles nerveux de la typhose à l'influence d'un poison élaboré dans l'organisme, d'une ptomaïne ou mieux d'une toxine, peut passer pour une conception séduisante : mais la preuve de cette opinion, la sanction expérimentale ou clinique indispensable reste à l'état de desideratum, et il est probable qu'elle se fera attendre encore longtemps.

Ce n'est pas servir efficacement les progrès de la physiologie pathologique, que d'ajouter une hypothèse à toutes celles dont la médecine est déjà encombrée ; et la constatation pure et simple des faits est préférable à une interprétation hâtive et prématurée. Mais le travail de MM. Pechère et Funck nous intéresse à d'autres titres, notamment pour l'analyse détaillée et consciencieuse de tous les phénomènes d'ordre nerveux que l'on rencontre chez les typhiques. A cet égard, nous signalerons particulièrement le paragraphe consacré à l'étude des troubles d'ordre psychique et mental : c'est là un chapitre encore peu connu, sinon tout à fait inédit, d'une symptomatologie pourtant si chargée. Il y a dans ce domaine des faits qui prouvent que de véritables psychoses peuvent se développer dans le cours ou plutôt à la suite de la maladie. Cette filiation a beaucoup exercé la sagacité des aliénistes, qui paraissent disposés à faire une large part à la prédisposition héréditaire dans la pathogénie de ces accidents, vis-à-vis desquels la maladie infectieuse jouerait simplement le rôle de cause déterminante et occasionnelle. De même, on peut discuter sur la pathogénie de certains phénomènes que les uns ont attribués à une polyomyélite typhoïde, les autres à de simples névrites périphériques. Cette dernière interprétation paraît la plus conforme à la vérité. On peut invoquer, à son appui, tous les documents anatomo-pathologiques qui ont été l'acquisition de ces dernières années.

En résumé, on lira avec intérêt et profit le travail de nos jeunes confrères, mais on fera sagement de réserver son adhésion en présence des théories qu'ils proposent et qui jusqu'à présent, il faut le dire, n'apparaissent que comme des hypothèses plus ou moins séduisantes. P. M.

Sur un cas de syphilis cérébrale,
Par le Dr A. Brousse.

C'est simplement l'exposé d'un cas de syphilis cérébrale, suivi d'autopsie, qui fait le sujet du court mémoire de M. Brousse. L'auteur a tiré parti de cette bonne fortune anatomo-pathologique pour faire des remarques intéressantes, au double point de vue de la nature des lésions et de la doctrine des localisations cérébrales. Il a reconnu, en particulier que la lésion génératrice de l'hémiplégie était constituée chez sa malade non point par des productions gommeuses circonscrites et isolées, comme on aurait pu le croire, mais par une *artérite* de la sylvienne droite, ayant entraîné une oblitération partielle du tronc artériel. Cet altération, toute vasculaire, avait produit l'ischémie et la nécrobiose d'une partie de son territoire, par un mécanisme identique à celui que l'on invoque pour expliquer les autres ramollissements cérébraux. C'est un nouvel exemple de l'importance des désordres vasculaires d'origine syphilitique, et du rôle qu'ils jouent comme intermédiaires entre l'infection spécifique et la détermination de certains symptômes d'ordre cérébro-spinal.

L'observation de M. Brousse vient donc à l'appui des idées actuellement régnantes, concernant le mode d'action de la syphilis sur le cerveau. Détail à noter, et qui est en quelque sorte la sanction du diagnostic formulé durant la vie de la malade : la médication spécifique instituée deux mois avant la mort avait déjà produit une amélioration marquée, et la guérison apparaissait comme probable, prochaine même, quand une affection intercurrente (broncho-pneumonie tuberculeuse) a déterminé l'issue fatale.

Était-il nécessaire de faire intervenir ici l'influence de l'hérédité névropathique, pour expliquer la localisation de la syphilis sur le cerveau ? Évidemment, cette interprétation pourra paraître plausible, mais au demeurant elle n'a d'autre valeur que celle d'une simple hypothèse. Il nous semble que, dans le cas particulier, l'analyse des symptômes et leur comparaison avec les altérations nécroscopiques suffisent pour donner à l'esprit une légitime satisfaction.

P. M.

Anthropologie criminelle, par le Dr Emile Laurent.
1 vol. in-8. Prix : 5 fr.

La Société d'Éditions scientifiques vient de mettre en vente la seconde édition de cet ouvrage.

Ce volume a déjà fait son chemin et se recommande de lui-même. C'est un résumé très précis et très complet des idées et des recherches de chaque école ; en somme, une œuvre de vulgarisation utile et attendue de tous ceux qui s'intéressent à ces passionnantes questions de sociologie. On y trouvera des chapitres nouveaux sur les causes d'irresponsabilité, sur la criminalité chez les animaux, etc.

L'ouvrage, édité avec le soin qu'apporte à toutes ses publications la Société mutuelle d'Éditions scientifiques, contient les portraits des criminalogistes français et étrangers les plus connus :

M. Benedikt, A. Bertillon, Dimitri Drill, Laschi, A. Guillot, H. Joly, A. Lacassagne, Émile Laurent, H. Coutagne, Liégeois, Semal, P. Brouardel, A. Bournet, Ladame, Lombroso, E. Ferri, R. Garofalo et G. Tarde.

MÉDECINE PRATIQUE

Diabète.

Quand le malade mange du pain de gluten, la formule suivante sera utile, suivant William Pepper, pour remplacer le déficit en phosphates :

Phosphate de chaux.......	0,15 centigr.
Phosphate de magnésie....	0,03 —
Phosphate de fer.........	0,03 —
Phosphate de potasse.....	0,20 —
Acide phosphorique (60 0/0).	VI gouttes.
Eau. Q. s. pour..........	4 grammes.

A prendre une fois par jour bien dilué dans de l'eau.

(*Med. and Surgic. Reporter*, 3 juin 1893.)

NOTES ET INFORMATIONS

Comité consultatif d'hygiène de France.

France. — L'amélioration constatée lors de la dernière réunion du Comité dans les manifestations cholériques du midi de la France a persisté dans l'ensemble.

Barrême (Basses-Alpes). — Mais, le 9 septembre, le choléra apparaissait dans une petite commune des Basses-Alpes, Barrême, au moment de la concentration des troupes pour des manœuvres militaires. Le nombre des cas, depuis vendredi dernier, semble s'être élevé à 40 et celui des décès à 19. L'on croit dans le pays que la maladie provient de la contamination par la troupe d'une fontaine publique qui, depuis, a été interdite. Sur une population de 800 habitants, près de 550 ont émigré.

L'autorité militaire a décidé la cessation immédiate des manœuvres, mais les réservistes, ainsi libérés, ne pouront rentrer chez eux qu'après un campement d'observation de cinq jours, et la partie du 55e régiment d'infanterie qui devait rentrer à Nice campe également pendant cinq jours dans des plaines à proximité de Digne. Les malades doivent être isolés; les suspects mis à part.

La situation reste sérieuse dans certaines régions de l'ouest; elle est grave dans le Finistère.

Noirmoutiers (Vendée). — Du 2 au 15 septembre, le nombre des décès a été de 7, ce qui porte à 19 le nombre total. Il ne s'est produit aucun décès les 8, 9, 10, 11 et 12 septembre; il y en a eu 1 le 13, 1 le 15. Dans ces conditions, il est permis d'espérer que cette petite épidémie touche à sa fin.

Nantes. — Du 2 au 13 septembre, le nombre des décès s'est élevé à 66. Le total des décès a été de 301, mais il ne faut pas oublier que le premier remonte au 6 juin, que sur aucun point l'on n'a constaté un foyer actif, sauf à l'intérieur de l'hôpital général, que la population de la ville est de plus de 120.000 habitants.

Le Conseil général de la Loire-Inférieure a constaté les précieux services rendus par les étuves à désinfection. Son président a fait remarquer que dans les maisons devant lesquelles l'étuve avait fonctionné, et où la désinfection à l'intérieur avait été faite, l'on n'avait jamais pu constater de cas nouveaux.

Finistère. — Le Finistère est le seul département où la situation ait empiré depuis le commencement du mois.

Brest. — Le nombre des décès s'est élevé, du 2 au 5 septembre, à 83. Nous avons appris tout à coup qu'il avait été jusque-là de 105. Le total est donc actuellement de 188. En 1885-86, le choléra n'avait fait à Brest que 47 victimes.

Saint-Pierre-Quilbignon (8.755 habitants) et *Lambezellec* (16.084 habitants) sont comme deux faubourgs de Brest. Il n'y a pas d'exemple que le choléra ait pénétré à Brest et ait épargné ces deux communes. La mortalité y est en tout temps très élevée; elle a été, pour la période de 1883 à 1885, de 33,32 pour 1.000 habitants à Lambezellec, et de 37,43 pour 1.000 habitants à Saint-Pierre. En 1885-86, le nombre des décès cholériques avait été de 4 à Saint-Pierre et de 12 à Lambezellec.

C'est à Saint-Pierre-Quilbignon qu'il s'est montré le plus meurtrier cette année. Le premier décès remonte au 18 août; il y en avait eu 35 du 18 août au 1er septembre; du 2 au 16 septembre, il s'en est produit 45, ce qui donne un total de 80. Nous n'avons su qu'aujourd'hui le nombre des décès antérieurs au 2 septembre.

A Lambezellec, le premier décès est du 1er septembre, jour où il s'en est produit 5; du 2 au 16 septembre, le nombre des victimes a été de 51. Total : 55.

A *Camaret*, qui se trouve sur la rade de Brest, dans la presqu'île du Crozon, nous apprenons également aujourd'hui que le premier décès a eu lieu le 22 août. Dans ce bourg de 2.003 habitants, le nombre des victimes s'élevait déjà, le 15 septembre, à 39.

29 autres décès cholériques, répartis entre 10 communes, s'étaient produits dans le Finistère à la date du 15 septembre. Du moins, est-ce ce qui nous est déclaré. Un fait est de nature à inquiéter, c'est qu'il y eu a eu 3 à Tréboul, et 5 à Douarnenez.

Molène. — L'épidémie est terminée.

Un délégué spécial, M. Martin-Durr, interne des hôpitaux de Paris, est sur les lieux.

Espagne. — Malgré les précautions prises par les autorités sanitaires pour empêcher l'importation du choléra dans la péninsule, la maladie s'est déclarée à Belchite en Aragon, ainsi que dans les provinces basques, notamment à Bilbao, dans les villages situés entre cette ville et l'embouchure du Nervion, à Zumarraga, etc. Le premier cas suspect s'est produit à San Vincente de Baracaldo, le 19 août : une vieille femme venue de Santander dont le fils, un marin, avait été dans un port anglais infecté, est morte du choléra; deux voisins de la victime ont succombé dans les quarante-huit heures. Plusieurs autres décès eurent lieu les jours suivants à Baracaldo, puis l'épidémie prit tout à coup une plus grande intensité et gagna San Pedro de Deusto, Ostuella, Luchana, El Desierto, les faubourgs de Bilbao et cette ville elle-même.

M. le Dr Mendoza (de Madrid), délégué par le ministre de l'intérieur, s'est rendu dans la contrée infectée où, sur ses conseils, une vigoureuse campagne sanitaire a été entreprise. Une souscription publique a produit plus de 150.000 francs en moins de deux jours.

Jusqu'ici on n'a constaté, à Bilbao, aucun cas suspect dans la garnison ni dans la nombreuse colonie étrangère.

Choléra. — Sur la demande du gouvernement ottoman, M. Chantemesse vient d'être envoyé par le gouvernement français à Constantinople pour présider à l'installation des moyens de combattre le choléra, qui sévit assez gravement dans cette ville.

Du traitement des vénériens par les sociétés de secours mutuels. — Un grand nombre de sociétés de secours mutuels d'Allemagne refusent, en vertu de leurs statuts, tous secours à ceux de leurs membres atteints de la maladie vénérienne. Les ministres prussiens de l'intérieur, de l'hygiène et du com-

merce se sont entendns ponr inviter ces sociétés à accorder à lenrs adhérents atteints d'affections vénériennes, les soins médicaux et les médicaments nécessaires à leur guérison. Ils insistent sur l'utilité qu'il y a, au point de vue de l'hygiène pnblique, à assurer la prompte guérison de ces malades.

Sanatorium pour tuberculeux. - La Société d'ntilité publique a décidé d'établir à Bâle nn sanatorinm pour les malades sans fortnne atteints de tnberculose pulmonaire. Cet établissement, qui doit recevoir 140 malades, coûtera environ 150.000 francs.

La situation budgétaire des Facultés de médecine. — Les recettes totales s'élèveront en prévision, pour l'année 1893, à 820.000 francs, y compris une subvention de 662.000 francs fournie par l'Etat (291.000 francs pour la Faculté de Paris, 90.000 francs pour celle de Lyon, 82.000 francs ponr celle de Montpellier, 172.000 francs pour celle de Bordeaux, 53.000 fraucs pour celle de Lille, 48.000 francs ponr celle de Nancy). L'Ecole supérieure d'Alger recevra 25.000 francs.

Nons recevons la lettre suivante :

VIIIe Congrés international d'hygiène et de démographie en 1894 à Budapest, sous le haut patronage de Sa Majesté imp. et apost. royale. — On sait qu'au mois de septembre prochain (1894) anra lieu à Budapest le VIIIe Congrès international d'hygiène et de démographie sous le haut patronage de sa Majesté Impériale et Royale Apostolique. Les travaux préparatoires de ce Congrès marchent activement ; il a déjà été fixé les rapports à faire aussi bien pour les 19 sections d'hygiène que pour les 7 sections de démographie, et même les savants priés de s'en charger ont déféré en général à la prière du Comité exécutif. Dès le commencement du mois prochain, il sera adressé à tous les savants étrangers le programme détaillé des questions, classées par section. De cette façon, avant le commencement de l'automne, les travaux préparatoires pour la partie scientifique du Congrès seront tont à fait achevés.

Ajoutons à ce propos que, conjointement avec le Congrès précité, Budapest verra une exposition d'hygiène laquelle sera classée non pas comme une exibition industrielle, mais en tant que spécialité, destinée à illustrer les rapports lns au Congrès. Le programme de cette exposition sera également publié le mois prochain au plus tard.

Après la clôture dn Congrès, le Comité exécutif ménage à ses membres plusienrs excursions. Celle qui aura pour objet la visite du Bas-Danube, des Portes de Fer, de Belgrade et de Constantinople ne saura manquer d'avoir une grande attraction!

Vous en remerciant d'avance, nous vous prions, Monsieur le Rédacteur, d'agréer nos sentiments distingués.

Le Secrétaire général : Prof. Dr C. Muller, m. p.

NOUVELLES

Nécrologie. — Nous avons le regret d'apprendre la mort d'un de nos confrères, le Dr Pignot, décédé le 19 septembre, à l'âge de 35 ans.

Légion d'honneur. — M. le Dr Choquet (de Paris) est nommé chevalier.

Corps de santé militaire. — Armée territoriale. Promotions. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — MM. Bilhaut, Larrieu, Poupon, Weisgerber.

Au grade de médecin aide-major de première classe. — MM. Abeille l arrèpe, Béclère, Bellaugé, Bonefé, Bos, Bourdet, Brunet, Carle Castang, Cauvet, Condray, De Molènes-Mahon, Dufour, Duhamel, Fontagny, Ganltier de Beanvallon, Gautier, Gueneau, Guichard, Gisclard, Hussou, Jean, Launois, Le Breton, Lehreton, Sedermann, Lelen, Marseille, Masson, Morivat, Porquet, Reuau, Lamsœn, Sanvage, Tourneux, Truchy, Weillard, Vesonx, Voitnriez et Weill.

Corps de santé de la marine. — Liste de classement, par ordre de mérite, des médecins auxiliaires de deuxième classe de la marine ayant terminé le stage réglementaire dans les écoles annexées de médecine navale.

MM. Laurent, Arnoult, Mesny, Condé, Avérous, Brun-Bourguet, Poret, Lallemaut, Barrau, Audibert, Normand, Damian, Traonuez, Bavay, Hernandez, Giraud, Meslet, Rehoul, Brugère, Lucas, Carhonel, Grimaud, Aubert, Durand, Prigent, Nonaille, Nègre, Faucheraud, Reygondaau, Le Floch, Rapuc, Pellau.

Faculté de médecine et de pharmacie de Lille. — *Thèses soutenues devant la Faculté pendant l'année scolaire 1892-1893.*

1° Pour le Doctorat en médecine :

Delezenne (Camille) : De la pleurésie parapueumonique. — Fiévet (Albert-Auguste) : De l'action antitoxique et excrémentitielle du foie. — De Troudnitzky (Nadine), femme Mochekoff : Etude sur le liquide amniotique vert comme signe de souffrance chez l'enfant. — Patoir (Jules-Gérard) : De l'infection blennorrhagique (accidents généraux et manifestations à distance.) — Desuet (Louis-Henri-Joseph) : Contribution à l'étude de la physiologie de la circulation cérébrale. — Renard (Fortuné-Justin) : Contribution à l'étude de la syphilis des os chez les enfants. — Thirrion (Jean-Baptiste) : Tumeurs encéphaliques et localisations fonctionnelles dans l'encéphale. — Bole (Désiré-Emile) : Le lohe limbique dans la série des mammifères (étude de morphologie et d'histologie cérébrales). — Isbecque (Emile-Eugène-Ghislain) : Traitement chirurgical de la tuberculose du pied chez l'enfant. — Brunelle (Edouard-Joseph) : Des déviations latérales simulant la scoliose dans le mal de Pott.

2° Pour le Pharmacopat supérieur :

De Dercux (Eugène-Cyprien) : Du pouvoir rotationnaire des sels formés par la quinine et la cinchonine avec quelques acides de la série grasse.

3° Pour le titre de pharmacien de 1re classe :

Rolants (Edmond) : Résistance électrique de l'urine. — Ravin (Paul-Louis-Pierre) : Méthode d'analyse spectrale quantitative (application au lithium).

Bulletin hebdomadaire de Statistique municipale.

DÉCÈS NOTIFIÉS DU 10 AU 16 SEPTEMBRE 1893

Fièvre typh., 13.—Typhus, 0.—Variole, 13.—Rougeole, 2.—Scarlatine, 4. — Coqueluche, 2.—Diphtérie, croup, 15.—Grippe, 0. — Affections cholériformes, 0. — Phtisie pulmonaire, 186. — Méningite tuberculeuse, 10. — Autres tuberculoses, 14. — Tumeurs cancéreuses et autres, 48. — Méningite, 18. — Congestion et hémorrhagie cérébrale, 37 — Paralysie, 5. — Ramollissement cérébral, 7. — Maladies organiques du cœur, 53. — Bronchite aiguë et chronique, 27. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 37. — Autres affections de l'appareil respiratoire, 19. — Gastro-entérite des enfants : sein, biberon et autres, 82. — Fièvre et péritonite puerpérales, 4. — Autres affections puerpérales, 0. — Débilité congénitale, 24. —Sénilité, 24. — Suicides, 12. — Autres morts violentes, 13. — Autres causes de mort, 134. — Causes inconnues, 5. — Total : 813.

Le Rédacteur en chef et Gérant : F. de Ranse.

Paris. — Typ. A. Davy, 52, rue Madame. — Téléphone.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Rédacteur en chef : **M. le Dr F. DE RANSE**

Comité de Rédaction : **MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN**
J. ARNOULD (de Lille), P. FABRE (de Commentry), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon)

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, avenue Montaigne (Rond-Point des Champs-Élysées)

CLINIQUE MÉDICALE

SUR UNE FORME DE SEPTICÉMIE DANS LA DIPHTÉRIE ET EN PARTICULIER DANS LE CROUP,

Par H. BARBIER.

§ 1.

On sait (1) que différents microbes s'associant au bacille diphtérique, peuvent donner lieu à des formes cliniques variables. C'est à elles qu'il faut appliquer le terme de *diphtéries infectieuses*, par lequel M. Grancher les a désignées, voulant entendre par là que ces infections se développent à l'occasion de la diphtérie, conjointement ou postérieurement à elle ; dans certains cas, au contraire — par exemple, dans la scarlatine — l'infection étrangère est la première en date, sans que le tableau clinique final s'en trouve modifié pour cela.

Parmi elles, j'en ai décrit une forme spéciale, qui est probablement la plus commune et qui est constituée, par l'association morbide du bacille diphtérique et d'un streptocoque, probablement le streptocoque pyogène.

Je ne reviendrai pas ici sur le type ordinaire de la diphtérie streptococcique non plus que sur ses caractères cliniques ou bactériologiques (2). Mon but dans ce travail est de montrer qu'il ne représente qu'un des côtés du tableau clinique de la septicémie post-diphtérique : c'est-à-dire qu'à côté de ce qu'on pourrait appeler le *type angineux diphtérique infectieux*, il existe des formes où l'examen de la gorge ne saurait pas éveiller l'idée d'une semblable combinaison, mais dans lesquelles cependant le streptocoque semble jouer un rôle important sinon prédominant dans la série des accidents qui tuent le malade. Ces accidents peuvent se montrer dans les angines simples ou dans les angines avec croup, surtout lorsqu'il s'agit de croups opérés : et c'est sur ce dernier point que nous désirons attirer plus particulièrement l'attention.

§ 2.

Nous serons brefs sur les accidents septiques qui se montrent dans les angines sans croup. Nous avons décrit ailleurs les lésions du *type angineux diphtérique infectieux*, et montré qu'on retrouvait le streptocoque dans les ganglions sous-maxillaires et périlaryngiens, ainsi que dans l'œdème phlegmoneux de mauvaise nature qui les entoure, et qui souvent se prolonge fort bas vers le médiastin.

C'est là, si l'on veut, le degré extrême de l'infection. Entre celle-ci, poussée ainsi au plus haut point, et les cas de diphtérie pure et *toxique*, (1) il est toute une échelle de cas plus ou moins graves, dans lesquels l'infection streptococcique se révèle par des signes d'une intensité variable. Au premier rang je dois citer certaines adénopathies voisines, banales, sans infiltration du tissu cellulaire, qu'on diagnostique par le palper pendant la vie, et les adénopathies à distance qui constituent une trouvaille à l'autopsie.

Des adénopathies sous-maxillaires, je ne dirai rien, elles sont classiques. Mais ce qu'on rencontre au moins aussi souvent, ce sont des adénopathies des ganglions cervicaux, des ganglions péribronchiques. Dans certains cas, sous l'influence de l'agent septique, on voit apparaître nettement, des ganglions qu'on ne rencontre pas souvent dans les autopsies et qui, au nombre de trois, se montrent dans le médiastin antérieur, au-devant du péricarde, dans le voisinage du diaphragme. Alors que les ganglions cervicaux et sous-maxillaires peuvent atteindre le volume d'une noisette ou d'un dé à coudre, ceux-ci sont, en général, gros comme un noyau de cerise.

Tous ces ganglions se présentent à l'œil nu avec des caractères anatomiques uniformes. Ils sont, rouges brun. On y distingue des points brunâtres hémorrhagiques surtout à la périphérie. L'ensemencement de la pulpe ganglionnaire donne en culture une espèce microbienne ou deux ou quelquefois trois — cocci ou bacilles ; (2) — mais dans un grand nombre de cas qui sont les seuls que nous retenions ici, ils fournissent des colonies des treptocoques, analogues à ceux de la gorge, soit seuls, soit associés à d'autres espèces dont le rôle pathogène n'est pas élucidé.

Jusqu'à quel point est-on autorisé à faire jouer un rôle dans le mécanisme de la mort à cette manière d'être de la

(1) Voyez H. Barbier, *Quelques associations microbiennes dans la diphtérie.* (*Arch. de méd. expériment.*, mai 1891), et Société de Biologie, 24 juin 1893.

(2) M. HUTINEL, qui a observé le même tableau morbide et la même association microbienne, y a ajouté à juste raison les érythèmes infectieux qu'il a décrits, dans la diphtérie entre autres.

Voy. *Notes sur quelques érythèmes infectieux*, (*Arch. gén. de médec.*, *sept. et oct.* 1892.)

(1) Prise dans le sens de maladie par absorption de toxines au niveau de la fausse membrane.

(2) Bacilles non diphtériques.

septicémie, c'est ce qu'il est difficile de préciser. Cependant, si on ne peut lui attribuer un rôle dominant comme dans le *type angineux diphtérique infectieux*, du moins, on peut penser qu'elle contribue à créer un type clinique plus grave, toutes choses égales d'ailleurs, que l'angine diphtérique soit pure ou toxique, puisqu'il représente une infection surajoutée à une toxémie.

D'ailleurs dans ces cas, on peut rencontrer ailleurs des lésions analogues à celles que nous retrouverons dans un instant à propos de septicémies post-opératoires dans le croup, foyers de broncho-pneumonie, pleurite, infarctus péritonéaux, lésions septiques des viscères, état poisseux du sang, etc...

§ 3.

Mon intention est d'insister ici sur les complications septiques qui surviennent dans le cours des croups opérés, et ne montrer qu'elles ont une large part dans la mortalité de ceux-ci. Il sera facile alors d'en déduire des indications thérapeutiques du plus haut intérêt, et même de prévoir *a priori* la nécessité qu'il y a à faire une antisepsie rigoureuse de la plaie — dans les limites du possible.

On dit, en général, lorsqu'un enfant succombe dans les jours qui suivent l'opération, qu'il y a broncho-pneumonie ou bronchite pseudo-membraneuse. Or, en réalité, si l'une et l'autre de ces complications, la première surtout, se rencontrent souvent, ce serait une erreur de croire qu'il en est toujours ainsi et dans tous les cas. Les autopsies sont nombreuses qui montrent l'absence de broncho pneumonie, ou l'existence de lésions broncho-pneumoniques manifestement insuffisantes pour expliquer la mort. Nous y reviendrons tout à l'heure.

Il y a donc à tenir compte d'autre chose et de lésions dont on n'a peut-être pas jusqu'ici entrevu toute l'importance: lésions de voisinage au pourtour de la plaie trachéale; lésions à distance, sous la dépendance du même agent infectieux.

Voyons d'abord *les lésions locales*.

Ce sont des suppurations péricanulaires ou péritrachéales sur l'histoire anatomique desquelles je passe sans y insister et dans lesquelles on retrouve les mêmes organismes que plus haut. Elles s'accompagnent pendant la vie de rougeur, de gonflement, de signes de compression, etc., de tous les signes, enfin, des phlegmons vulgaires. Elles peuvent fuser le long de la trachée, amener des mortifications dans les tissus qui bordent l'incision, etc. C'est là, avec l'érysipèle de la plaie une série de complications bien connues et qu'on peut rattacher *a priori* à l'infection par la plaie.

Mais ces suppurations franches n'existent pas toujours. Voici ce qu'on constate chez un certain nombre d'enfants qui succombent: un gros cou et une induration parfois très étendue des tissus juxtacanulaires.

A l'incision faite sur la ligne médiane, les tissus crient sous le scalpel: la surface de coupe laisse s'écouler une sérosité *non purulente*, à peine rosée. Le tissu de conjugaison des organes du cou, est le siège d'une infiltration diffuse, lardacée, qui les réunit comme dans une seule gangue au milieu de laquelle il est parfois difficile de les isoler sans dégât. Il faut pour ainsi dire, les sculpter dans cette induration, qui non seulement s'étend autour de la plaie, mais envahit comme une carapace toute la partie antérieure et latérale de la région cervicale depuis le menton jusqu'au sternum et se prolongeant parfois au delà. Les vaisseaux et les nerfs du cou sont englobés dans cette masse. La section de la plaie trachéale montre que celle-ci est recouverte d'un exsudat d'aspect pseudo-membraneux, grisâtre, nécrobiotique et sans suppuration.

Si l'on étudie par zones excentriques cette formation pathologique, on reconnaît que le maximum des lésions correspond au trajet canulaire, qui semble donc bien en être le point de départ.

Les lésions inflammatoires qui en émanent, peuvent être suivies fort loin. Abstraction faite des lésions des bronches, du poumon et de la plèvre que nous retrouverons dans un instant, on constate l'existence de traînées inflammatoires qui se propagent *le long de la face postérieure du sternum jusqu'au voisinge du diaphragme*.

Lorsque les malades succombent à la suite des accidents qui suivent la trachéotomie on sait qu'en clinique la broncho-pneumonie est toujours invoquée comme cause de la mort. Or, sans nier qu'elle ne se montre souvent en ces circonstances, il est intéressant de relever, ainsi que nous l'avons vu, qu'elle n'existe pas toujours, ou sinon, qu'elle n'est représentée que par des foyers dont l'étendue est incapable d'expliquer raisonnablement la mort.

Déjà l'examen clinique pur et simple pendant la vie, permet de distinguer ces cas de septicémie que nous étudions. Il montre, en effet, dans les cas purs, que ce sont les phénomènes généraux d'une part et les signes d'inflammation péricanulaire qui donnent la note dominante dans le tableau morbide. Localement le cou s'endolorit, se tuméfie, l'induration cervicale se prononce, les pièces de pansement s'imprègnent de sérosité: la canule, selon l'expression clinique, reste sèche. D'autre part la fièvre s'allume, à caractère rémittent; et les malades prennent rapidement cet aspect plombé du visage, si caractéristique.

Mais on ne remarque pas cette accélération des mouvements respiratoires, cette dyspnée. cette cyanose, cette expectoration canulaire parfois si abondante, etc., tous signes qui accompagnent la bronchite purulente et la broncho-pneumonie. Bref, le malade est plus *infectieux* d'aspect que *dyspnéique*.

L'autopsie confirme ce fait d'observation.

Les bronches peuvent être saines, exceptionnellement il est vrai. Mais on rencontre des malades dont la trachée n'est même pas rouge; elle ne contient ni fausses membranes, ni pus. Une sorte de crachat mucopurulent se retrouve seulement dans le voisinage de la plaie trachéale.

Plus souvent la trachée et les bronches de gros calibre présentent les lésions de la bronchite purulente seule ou associée à des formations pseudo-membraneuses.

Les poumons peuvent, eux aussi, être absolument indemnes: on présente des zones de congestion violacée et d'emphysème sur la coupe desquelles on distingue, de-ci delà, quelques rares bronchioles remplies de pus, ou enfin montrer des foyers disséminés de broncho-pneumonie plus ou moins volumineux, mais dans tous les cas qui nous occupent ici, sans rapport comme importance avec les signes fournis par l'examen du malade pendant la vie.

Dans d'autres circonstances. au contraire, les lésions de

l'arbre broncho-pulmonaire ont marché de pair avec celles du cou et avec la septicémie. On rencontre alors des foyers plus importants de broncho-pneumonie, et l'on comprend qu'il soit plus difficile, dans ces circonstances, de discerner exactement les causes efficientes de la mort, et d'affirmer si elle est la conséquence des troubles apportés à l'hématose par la lésion des poumons, ou si elle est due à l'infection générale de l'organisme. Souvent, il est vrai, la lésion pulmonaire n'est qu'une localisation surajoutée de la septicémie.

Les lésions pleurales de voisinage sont relativement rares, elles accompagnent les foyers pulmonaires. On trouve la plèvre épaissie, rugeuse et couverte de fausses membranes plus ou moins importantes, ou plus ou moins étendues.

Quelquefois cependant on trouve de véritables pleurésies avec épanchement. J'en ai observé deux cas en deux mois à l'hôpital des enfants malades. La plèvre gauche dans les deux cas renfermait un demi-litre environ d'un liquide sérofibrineux a teinte rosée, à tendance nettement hémorrhagique dans un cas. La plèvre viscérale était épaissie, couverte de fausses membranes. Le poumon et les bronches étaient infectés.

L'ensemencement des mucosités bronchiques des foyers pneumoniques, des fausses membranes pleurales, et du liquide lui-même donne un streptocoque identique, associé au staphylocoque blanc peu abondant, et à des bacilles indéterminés.

Les lésions septiques se retrouvent également dans les différents viscères, sur des organes en rapport de contiguité avec les organes du cou ou du thorax. J'ai pu constater quelquefois des ecchymoses péritonéales, siégeant sur l'étendue du péritoine et principalement sur les feuillets du grand épiploon. A l'examen microscopique après coloration convenable de ces parties on constate que les vaisseaux péritonéaux, turgescents, sont bondés de microbes, et thrombosés, tandis qu'à la surface du péritoine on rencontre des bacilles inégaux qui ressemblent en tout point au *bactérium coli commune*.

Des foyers apoplectiques semblables se rencontrent également sur la plèvre, sur le péricarde.

En résumé, l'infection streptococcique, — et elle n'est pas la seule qui puisse survenir — menace le diphtérique de différents côtés.

Elle peut se montrer dans le cours d'une angine diphtéritique simple, spontanément, donnant le type angineux infectieux, à bacille de Lœffler et à streptocoque.

Elle peut ne localiser sur l'ambre broncho-pulmonaire, tuant alors autant par asphyxie que par généralisation infection bronchique.

Ou bien, trouvant dans la plaie cutanée de la trachéotomie, une porte d'entrée naturelle, elle provoque des désordres locaux plus ou moins graves. Ceux-ci sont alors les signes avant-coureurs de la septicémie, accompagnée on non de complications broncho-pulmonaires.

§ 4

Il nous reste à dire comment se fait l'infection de la plaie. Il n'est pas douteux qu'elle ne puisse se faire d'une façon toute banale comme celle de toutes les plaies en général : primitivement par les doigts de l'opérateur, par les instruments, par les canules surtout, on secondairement par la simple exposition à un air contaminé, à titre de plaie ouverte non protégée, on enfin par la substitution d'une canule non aseptique, provenant d'un autre enfant. Mais le plus souvent, l'infection nous parait se faire par les microorganismes des voies anciennes, surtout si les lésions pseudo-membraneuse on inflammatoires ont envahi la trachée. Plus tard, les sécrétions rejetées par le malade, et qui imprègnent toujours la plaie entre celle-ci et la canule, seront les agents les plus actifs de la contamination.

Si l'on se rend compte de ta richesse en colonies microbiennes, streptococciques ou autres, que fournit l'ensemencement de ces sécrétions, on comprendra que les choses se passent comme si on arrosait expérimentalement la plaie avec une culture artificielle.

En dehors de ces circonstances où la plaie est une porte d'entrée, naturelle pour ainsi dire pour l'infection, il y aurait beaucoup à ajouter sans doute, au sujet de la pathogénie de semblables accidents, dans les diphtéries où l'on n'intervient pas par la trachéotomie.

Il y a à considérer deux points: 1° l'influence réciproque qu'exercent sur leur virulence propre les germes en présence. Or, à ce sujet, il semble acquis que le bacille diphtérique et le streptocoque, en présence exaltent réciproquement leur virulence.

2° L'autre point de vue de la question concerne la nature des lésions déterminées sur les muqueuses par le bacille diphtérique.

Or, si dans certaines circonstances, expérimentales ou autres, le streptocoque favorise la pullutation efficace du bacille diphtérique, qui parait peu capable de se développer sur une muqueuse normale inversement le bacille agit sur la muqueuse de manière à favoriser l'effraction septique du streptocoque ou autre.

Si l'on tient compte des recherches d'Œrtel, l'épithélium et une portion superficielle de la muqueuse aérienne, en effet, sont nécrobiosés; le poison diphtérique agit de la même façon sur les corpuscules lymphoïdes migrateurs : conditions qui réduisent au minimum, si elle ne l'annihilent pas, l'effort naturel de la défense organique. Ajoutons à cela l'action encore peu connue du poison sur le système nerveux, en particulier sur le système nerveux vaso-moteur et sur les vaisseaux eux-mêmes.

Ainsi se trouvent réalisées du fait du poison diphtérique, un ensemble de conditions éminemment favorables à l'invasion streptococcique et qu'on pourrait, jusqu'à un certain point je crois assimiler à celles qui résultent d'une brûlure étendue de la peau.

Il y a, dans l'un et l'autre cas, une imminence de septicémie dont la porte d'entrée est ici la peau, là les muqueuses des voies aériennes.

De sorte que le bacille et le streptocoque constituent ensemble une association morbide naturelle, et par l'action qu'ils exercent réciproquement sur leur virulence propre, et par les lésions qu'ils provoquent sur les muqueuses touchées.

§ 5.

Il serait superflu d'insister, après ce qui précède, sur le danger qu'il y a à laisser la plaie opératoire sans les soins

antiseptiques qu'on prodigue en temps ordinaire aux plaies les plus insignifiantes.

Mais la formule de l'antisepsie complète n'est pas aussi simple à résoudre, ici, que pour une plaie opératoire ordinaire. On se trouve, en effet, en présence d'un foyer infectieux permanent — les voies aériennes malades — qui crée un danger de tous les instants, et dont il n'est pas facile d'annihiler la fâcheuse influence.

Les précautions antiseptiques à suivre et à appliquer, doivent être considérées :

1° Avant l'opération ;

2° Pendant l'opération ;

3° Après l'opération et jusqu'à guérison complète.

1° *Avant l'opération.* — Les instruments doivent être rigoureusement aseptiques. J'insiste surtout pour que la canule, qui doit rester au moins vingt-quatre heures en contact avec la plaie, remplisse ces conditions. Chaque canule, préparée à l'avance avec ses cordons, sera enveloppée de papier buvard : le tout ayant passé à l'étuve à 160°.

Au moment où on doit l'utiliser elle peut servir à porter et à maintenir sur la plaie du cou un topique qui protégerait celle-ci dans les limites du possible contre l'infection trachéale, en même temps qu'on peut appliquer sur la plaie cutanée elle-même un pansement destiné à la protéger contre les infections venues du dehors.

Pour cela, la canule aseptique est confiée à un aide, qui en enduit la face externe soit de vaseline composée, soit de sulforicinate de soude phéniqué. Cela fait, on l'introduit par une ouverture convenable au centre d'une pièce de pansement composée de la façon suivante :

6 doubles de gaze aseptique ou boriquée ou salolée ;

Un placard de taffetas gommé.

Le pansement doit être taillé de telle sorte qu'il s'étende de trois ou quatre travers de doigt au-dessus et au-dessous de la plaie, et qu'il recouvre latéralement les 2/3 antérieurs du cou. Des cordons préparés à l'avance permettent de le fixer à la nuque. Le taffetas gommé déborde largement la gaze à la partie inférieure. Il a pour but d'empêcher que les mucosités canulaires ne souillent les couches de gaze.

Au moment de l'usage, l'aide imprègne largement la gaze au pourtour de l'ouverture centrale soit avec la vaseline antiseptique, soit avec le sulforicinate de soude phéniqué. Et il introduit la canule, le bec tourné vers le taffetas gommé.

L'opérateur saisit alors de ses mains, au moment voulu, tout l'appareil, qui ne gêne pas sensiblement les mouvements, et quand la canule est en place, le pansement lui-même est posé. Il n'y a plus qu'à nouer les cordons.

Par-dessus, on applique alors une cravate de gaze salolée ou phéniquée en triple, on la maintient avec une épingle de nourrice, et on la change aussi souvent qu'il le faut.

L'hémorrhagie, si légère qu'elle soit, car on ne saurait évidemment chercher à faire l'hémostase dans la pratique de tous les jours, ne tarde pas à souiller plus ou moins le premier pansement. Il est donc de toute nécessité de changer celui-ci le plus tôt possible. Au bout d'une dizaine d'heures, l'écartement des tissus est suffisant pour permettre au malade de rester quelques instants sans canule, on procède alors au 2e pansement.

3° *Après l'opération.* — Le malade étant assis sur son lit, on enlève le 1er pansement, on lave la plaie le plus loin possible avec des tampons d'ouate portés au bout d'une pince et imprégnés de la solution de sublimé au 1/1000e, on la nettoie avec soin, ainsi que la peau du cou circonvoisine. On insuffle dans sa partie la plus superficielle une poudre antiseptique iodoforme, salol, acide borique, on enduit l'orifice externe et la peau de la partie antérieure du cou de vaseline composée et on réapplique un pansement neuf préparé comme plus haut, et avec les mêmes précautions. Bien entendu, on emploie une nouvelle canule également aseptique. On laisse le tout en place pendant vingt-quatre heures.

Dans l'intervalle, c'est sur la canule interne qu'on doit porter toute sa sollicitude. Elle devra être nettoyée le plus souvent possible. Le mieux serait d'en posséder deux du même calibre pour chaque malade, l'une sortant d'un bain phéniqué propre, et recouverte de substance antiseptique à sa partie externe, pour remplacer l'autre qu'on stérilise pendant ce temps par l'ébullition, puis par l'immersion dans un bain phéniqué à 1/20.

On ne doit pas non plus laisser la cravate de gaze s'imprégner par trop des produits de sécrétion que le malade rejette par la canule : on devra la changer plusieurs fois par jour.

Pendant ce temps et pour neutraliser une autre source d'infection, on devra continuer le traitement antiseptique de la gorge et du pharynx, par les procédés ordinaires.

Lorsque le malade commence à se passer de canule, la plaie sera ointe des mêmes substances antiseptiques que plus haut, et recouverte soigneusement d'une épaisse cravate en gaze qu'on changera dès qu'un crachat l'aura souillée.

Par ce traitement, on n'évite pas, sans doute, la broncho-pneumonie, *on ne guérit pas tous les malades opérés du croup*, mais on les empêche tout au moins de prendre ce qu'ils n'ont pas, et on guérit tous ceux qui sont humainement guérissables. On ne voit pas des enfants superbes, chez lesquels tout semblait aller bien, succomber au troisième ou au quatrième jour de l'opération au phlegmon septique du cou. Les plaies restent aussi belles que possible, elles ne suppurent pas et l'ensemble du pansement n'a pas cet aspect sale et peu soigné, qu'on trouve habituellement en pareille circonstance.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE.

CONTRIBUTION NOUVELLE A L'ÉTUDE ET AUX APPLICATIONS PRATIQUES DU PROCÉDÉ DE TRACTIONS RYTHMÉES DE LA LANGUE DANS LES DIVERSES ASPHYXIES ET DANS LA MORT APPARENTE QUI EN EST LA SUITE. — DÉTERMINATION EXPÉRIMENTALE DU MODE D'ACTION OU MÉCANISME DE CE PROCÉDÉ.

Par M. J.-V. LABORDE (1).

Depuis que, dans ma première communication à l'Académie (5 juillet 1892), j'ai fait connaître, avec ses heureuses applications à l'asphyxie par submersion, le *procédé des tractions rythmées de la langue*, ces applications se sont multipliées, et elles se sont étendues, selon nos prévisions,

(1) Académie de médecine, 11 juillet 1893.

aux diverses variétés d'asphyxie, notamment à *l'asphyxie des nouveau-nés*, aux *asphyxies toxiques*, à *l'asphyxie spasmodique et tétanique*, à *l'asphyxie par strangulation*. Je me propose de porter aujourd'hui à votre connaissance un certain nombre de faits se rapportant à ces diverses causes de mort apparente et de vous soumettre en même temps le résultat de mes recherches expérimentales sur le mode d'action ou le mécanisme du procédé en question.

I

LE PROCÉDÉ DE TRACTIONS RYTHMÉES DE LA LANGUE DANS L'ASPHYXIE DES NOUVEAU-NÉS.

Un certain nombre de cas d'*asphyxie des nouveau-nés* traités, avec succès, par le procédé des tractions de la langue, alors que les autres procédés habituellement en usage avaient échoué, se sont déjà produits, ils ont été communiqués à l'Académie, soit par moi, soit par les auteurs :

Tels sont les faits, au nombre de trois, observés par M. le Dr Péronne, de Sedan (1); celui qui vous a été communiqué par M. le Dr Christoyanacki (2), sans parler des cas de plus en plus nombreux, de veaux en état d'asphyxie dès la naissance qui sont rappelés couramment, pour ainsi dire, à la vie par le procédé de la langue (3).

Mais, parmi les cas humains, il n'en est pas venu à ma connaissance d'aussi probant tant par les conditions dans lesquelles il s'est produit, que grâce au soin particulier avec lequel il a été relaté dans ses détails les plus circonstanciés, — que le cas suivant dû à un de nos confrères italiens, M. le Dr De Minicis Ettore (de Rimini), qui a eu l'aimable obligeance — dont je le remercie vivement — de me l'adresser, dans son extrait tiré de la *Gazetta degli Ospitali*, et dont je crois devoir donner une traduction littérale et complète.

Les tractions de la langue, selon la méthode de Laborde, dans l'asphyxie des nouveau-nés, par M. le Dr De Minicis Ettore, de Rimini (Italie.)

« Dans la séance du 22 novembre dernier de l'Académie de médecine de Paris, M. Laborde, faisant une des ses communications sur la *méthode des tractions de la langue dans les cas d'asphyxie par les gaz des égouts*, se demandait si ce procédé ne pourrait pas être utilisé pour *rappeler à la vie les nouveau-nés* en état de mort apparente : or, comme il n'est encore venu à ma connaissance aucun cas d'*asphyxie des nouveau-nés* dans lequel cette méthode ait été expérimentée (4), il ne me semble ni inutile, ni sans intérêt pratique, de publier l'observation suivante :

« Appelé d'urgence, dans la nuit du 19 décembre dernier, dans la maison de Jean de la Rocca, je trouvai son épouse — femme déjà avancée en âge et multipare — en travail d'accouchement, avec des douleurs faibles et inefficaces, depuis environ trente-six heures. L'inertie utérine, l'écoulement continu du sang des parties génitales externes, lequel ne provenait certainement pas d'ulcérations de la matrice ou du vagin, mais indubitablement dû au détachement partiel et précoce du placenta, inséré, néanmoins à sont point normal, l'extrême faiblesse des battements du cœur du fœtus, et par-dessus tout les grandes souffrances de la patiente qui, exténuée par la perte de sang et la longue durée du travail, suppliait qu'on la soulageât le plus vite possible, me décidèrent à intervenir, de suite, activement.

« Sans m'arrêter aux préliminaires de peu d'intérêt, et m'en tenant surtout au résultat, je dirai seulement que je fus contraint d'appliquer le forceps sur la tête, bien fixée au détroit supérieur, et que, à la suite de quelques et faciles tractions, j'amenai un fœtus à terme, du sexe féminin, complètement asphyxié, mais vivant toutefois, ainsi qu'en témoignaient encore les battements du cœur, quoique extrêmement débile.

« Bien que cet état de la nouvelle venue nécessitât de prompts et énergiques secours, je dus, néanmoins, la confier à une parente de l'accouchée — n'ayant pas avec moi de sage-femme — parce que l'hémorrhagie pressante et l'inertie persistante de l'utérus m'obligèrent à faire immédiatement l'extraction manuelle du placenta, que je trouvai presque complètement décollé, ainsi que je l'avais préalablement diagnostiqué. Il ne me fallut pas moins, ensuite, pour faire se contracter efficacement l'utérus, exciter son activité, en stimulant et irritant sa paroi interne, avec ma main droite introduite dans sa cavité, pendant que ma gauche — je n'avais personne pour m'assister — pratiquait des frictions sur l'hypogastre.

« Ayant enfin obtenu une forte contraction, et par suite la cessation de l'hémorrhagie, je pus passer à l'examen du nouveau-né, que la dame à qui je l'avais confiée considérait comme réellement morte, n'ayant retiré aucun résultat de l'emploi des moyens que je lui avais suggérés : aspersion d'eau froide sur le corps et sur le visage, immersions réitérées et alternatives dans l'eau chaude et froide. Je confesse toute ma crainte d'entendre la dame dire la vérité, en songeant au temps sensiblement long que j'avais dû consacrer à secourir la mère, depuis l'accouchement — secours que je viens de décrire soigneusement à l'instant même; mais par une auscultation attentive, je pus me convaincre que la *bambina* vivait encore. Il est vrai que les pulsations cardiaques, à peine perceptibles, et que la constitution extrêmement débile de l'enfant faisaient fortement douter de sa résistance vitale, sans compter l'état asphyxique; cependant je considérais comme un ferme devoir de mettre en œuvre tous les préceptes de l'art, dans le but de la rappeler à la vie, me rappelant les paroles de Baglisi :

« *Quamdium anima in corpore remanet, semper aliquid ex admirabili arte nostra sperandum.*

« En conséquence, ma première pensée fut le cathétérisme des voies aériennes, pour les débarrasser des matières étrangères qui avaient pu accidentellement y pénétrer, mais que je trouvai en minime quantité, par la raison que l'asphyxie provenait de l'empêchement des échanges gazeux à cause du décollement constaté et précoce du placenta — plutôt que de la respiration anticipée et de la pénétration consécutive de corps étrangers (mucus, sang, méconium, etc.) dans l'arbre respiratoire. D'ordinaire, l'introduction elle-même du cathéter, ainsi que l'observe Schrœder (1), suscite une stimulation par suite

(1) *Bulletin de l'Académie de médecine*, 29 novembre 1892.
(2) *Idem*. 10 janvier 1893 et *Tribune médicale* du 12 janvier 1891.
(3) Mutelet. *Recueil de médecine vétérinaire*, 15 mars 1892.
(4) Notre honoré confrère italien ne connaissait pas, évidemment, les faits qui, déjà à cette époque, avaient été observés et traités, avec succès, par le Dr Péronne (de Sedan).

(1) *Manuel d'obstétrique*, p. 693.

de laquelle l'enfant va pour respirer; mais, dans mon cas, aucun effet ne se traduisit, pas davantage ni mieux, en insufflant doucement, par le cathéter, de l'air dans les poumons, et le faisant ensuite sortir au moyen d'une légère pression exercée sur le thorax, comme le conseille le même Schrœder (1) dans les asphyxies graves.

« J'eus alors recours à la respiration artificielle, en mettant en œuvre, l'une après l'autre, et pendant un certain temps, les méthodes de Schultze et de Pacini; mais voyant qu'aucune ne réussissait, que les contractions du cœur s'affaiblissaient de plus en plus jusqu'à devenir absolument imperceptibles, je ne crus plus devoir insister avec ces méthodes, ni tenter les autres communément employées (de Marshall-Hall, de Sylvester, de Bain), je résolus, comme *ultima ratio*, d'essayer la méthode de Laborde, bien que je n'eusse pris connaissance, dans la communication déjà citée (2), que de brefs renseignements.

Ayant donc placé le nouveau-né dans la position demi-assise sur le bord du lit, et le faisant maintenir par la dame susnommée, j'ouvris la cavité buccale, et, saisissant la langue entre le pouce et l'index de la main droite, je commençai à exercer sur elle des tractions, à des intervalles brefs et réguliers, les rendant graduellement plus fortes; et quelles ne furent pas ma surprise merveilleuse et ma satisfaction, après un intervalle de temps nécessité par une *vingtaine* de tractions environ, de voir se soulever le petit thorax, en même temps que j'entendais la *bambina* émettre un léger vagissement!

« Je continuai, alors, plein de confiance dans le succès, à exécuter lesdites tractions, et, m'aidant des aspersions d'eau très froide sur le petit corps — stimulus cutané qui, comme il a été dit, avait été inutilement employé dans le principe — je pus, au bout de peu de temps, voir s'établir une respiration régulière, complète, avec des vagissements maintenant vigoureux. »

Un tel succès véritablement inespéré et dû, uniquement, à la méthode de Laborde, pendant que les autres procédés étaient restés absolument sans effet, m'a engagé à publier mon cas, sans attendre de l'avoir expérimenté dans d'autres occasions, certainement fréquentes, qui pourront se présenter à mes confrères.

« Je m'estimerai pleinement satisfait d'avoir fait connaître à mes collègues mon observation, si, grâce à elle, peuvent être rappelés à la vie les enfants voués à la mort dès leur naissance. »

Autre cas de rappel à la vie d'un nouveau-né en état d'asphyxie.

Le 5 mai dernier, je recevais de M. le Dr Roux (de Lorient), la courte mais expressive lettre suivante:

« Je viens porter à votre connaissance la résurrection que j'ai opérée par le *procédé de la langue*, sur un nouveau-né, Victor Demay, 8, rue de la Corderie, le 1er courant.

« J'ai été appelé, la tête étant au détroit supérieur avec procidence du cordon.

« A l'auscultation le stéthoscope ne faisait entendre aucun battement du cœur.

« Le forceps Tarnier est appliqué rapidement.

« L'enfant ne respire pas; les pulsations du cœur sont à peine perceptibles à la main, et très rares.

« Le *tractions sur la langue* ont amené des hoquets de plus en plus rapprochés suivis d'une respiration régulière.

« Le premier cri a été émis après quarante minutes.

« Voilà un citoyen qui vous doit la vie. »

Le *Journal de clinique et de thérapeutique* du Dr Huchard publiait dans son numéro du 1er juin dernier, dans sa correspondance des départements, la relation suivante:

Des tractions saccadées de la langue dans l'asphyxie des nouveau-nés.

Layrac (Lot-et-Garonne), 3 juin 1893.

Voici une observation de nature à intéresser les praticiens en leur montrant le parti que l'on peut tirer des tractions saccadées de la langue dans l'asphyxie des nouveau-nés.

Le 15 avril dernier, je suis appelé dans un village de ma résidence auprès d'une femme en couches. Au moment où j'arrive chez la parturiente, le travail était commencé depuis dix-heures environ. Nous avions à faire à une occipito-iliaque postérieure. La tête était très bien descendue. Mais comme la rotation ne s'était pas faite, et que, d'un autre côté, les douleurs étaient devenues très lentes, je jugeai qu'une intervention était nécessaire et je fis une application de forceps qui amena très rapidement un bel enfant. L'enfant avait crié et ne remarquant sur lui rien d'anormal, je le confiai à la sage-femme. Je fis replacer la malade dans son lit et je passai dans la chambre à côté, pour procéder à une toilette sommaire de mes mains, en attendant le moment de faire la délivrance. C'est alors que je fus appelé en toute hâte par la sage-femme, qui me dit que l'enfant asphyxiait et qu'elle essayait vainement de le faire revenir.

Je m'emparai immédiatement de l'enfant et je fis tout ce qui est recommandé en pareil cas: frictions stimulantes, bains chauds et bains froids, insufflations et respiration artificielle, tout fut employé sans résultat. Il y avait déjà dix longues minutes que j'employais inutilement tous ces procédés, et je me disposais à abandonner le petit être voyant que tout était inutile, quand l'idée me vint d'employer les tractions saccadées de la langue suivant le procédé préconisé par le Dr Laborde. Immédiatement je demandai un mouchoir, je saisis la langue du nouveau-né entre le pouce et l'index de la main droite, et je commençai les tractions rythmiques de la langue, pendant que de l'autre main je faisais des pressions également saccadées sur la poitrine.

Au bout de deux minutes environ, qui me parurent longues comme des siècles, une inspiration profonde se produisit, puis, après un assez long intervalle, une seconde inspiration.

Petit à petit la respiration devint plus fréquente, la cyanose disparut graduellement pour faire place à une teinte rosée, et enfin l'enfant pleura. Il était sauvé.

Dr Escande.

II

LE PROCÉDÉ DES TRACTIONS RYTHMÉES DE LA LANGUE DANS LES ASPHYXIES TOXIQUES

Tentative suicide d'empoisonnement avec le « bromidia ». — Phénomènes asphyxiques extrêmes, par syncope respiratoire persistante. — Rappel de la respiration et

(1) *Loc. cit.*

(2) *Gazzetta degli Ospitali*, 6 déc. 1892, p. 1351. — *Riforma medica*, anno 1892, vol. IV, n° 285, p. 716.

de la vie par le procédé des tractions rythmées de la langue.

L'Académie connait déjà les faits si remarquables de rappel à la vie, par les tractions linguales, des deux asphyxiés par le gaz des égouts, faits dus à M. le Dr Billot, médecin-major (*Bulletin de l'Academie*, 22 novembre 1892).

Une jeune dame, atteinte d'une affection mentale, caractérisée par des idées mélancoliques et de persécution, avec tendance probable aux impulsions suicides, mais qu'elle n'avait jamais manifestées jusqu'alors, est placée dans une maison spéciale de santé, où m'amenait le jour même de son entrée (le 10 février dernier), mon service d'inspection.

Dès mon arrivée, le médecin de la maison m'annonçait qu'une malade, qui était entrée, depuis quelques heures à peine, venait de s'empoisonner, et qu'elle était mourante.

Voici ce qui s'était passé :

Conduite dans la chambre qui devait lui être affectée, la malade avait emporté avec elle un flacon de médicament com. posé dit bromidia, dont elle avait l'habitude de prendre une cuillerée tous les soirs, en se couchant, et qu'elle désirait garder avec elle : sur les instances de son père qui l'accompagnait et sur son affirmation qu'il n'y avait, à cela, aucun danger, puisque sa fille usait, depuis longtemps, et en toute liberté, de ce médicament, on consentit à le lui laisser.

Mais à peine était-on sorti de sa chambre, où elle restait avec une garde à son service, qu'elle avalait, rapidement et d'un trait, presque tout le contenu du flacon ; et comme la garde. qui avait eu à peine le temps de s'en apercevoir, s'empressait de lui arracher des mains le flacon, la malade continuant à obéir à son impulsion au suicide, tentait de se précipiter par la fenêtre (la chambre était située au premier étage); et la garde n'eut que le temps de la saisir, au vol pour ainsi dire, et de la retenir.

Elle tomba alors sur le parquet, comme foudroyée par les effets du breuvage qu'elle venait d'ingurgiter.

Relevée et placée immédiatement sur son lit, elle fut soumise à l'action simultanée de tous les moyens indiqués, et habituellement employés en pareil occurence :

Provocation du vomissement, sans effet ; tapotement et flagellation avec linges mouillés ; réchauffement des extrémités; injections réitérées d'éther, pressions thoraciques et respiration artificielle, etc.

Ces diverses manœuvres étaient exécutées depuis plus d'une heure, lorsque je fus conduit auprès de la malade qui était, à ce moment, dans l'état suivant :

Pâleur extrême et refroidissement général; insensibilité absolue; absence de pulsation artérielle; mouvements et bruits du cœur insaisissables ; à de longs intervalles, soulèvement à peine visible et perceptible de la paroi thoracique, donnant l'idée d'une respiration qui est à son dernier souffle et qui s'éteint.

En relevant les paupières complètement closes, je constate une dilatation pupillaire en rapport avec le processus asphyxique, qui touche presque à sa période extrême, et en présence duquel je ne vois pas autre chose à tenter, après tout ce qui a été mis en œuvre que le *procédé de tractions linguales*.

J'écarte, avec une cuiller, les mâchoires légèrement contracturées, et je saisis entre le pouce et l'index de ma main droite — en attendant une pince de trousse à verrou qu'on est allé chercher — l'extrémité de la langue, sur laquelle je tire assez fortement et rhytmiquement de 15 à 20 fois par minute.

Dès les huit ou dix premières tractions, il se produit une série d'inspirations profondes, qui tendent de plus en plus à se rapprocher, et à se régulariser.

Vers la dixième minute, environ, la respiration s'est suffisamment rétablie pour que la face se soit sensiblement colorée, que. la pulsation radiale et les contractions cardiaques commencent à être perçues ; mais non pour qu'il soit possible et paraisse prudent d'abandonner la manœuvre, qui a provoqué et qui maintient ce résultat ; car, dès que l'on essaie cet abandon, et que l'on cesse les tractions linguales, la respiration s'affaiblit tout en se ralentissant, avec une tendance marquée à se suspendre ; et simultanément les symptômes de la mort apparente tendent à reparaitre.

Je continue donc, sans relâche, ayant substitué à mes doigts la préhension avec une pince dite à polype, les tractions linguales ; et ce n'est qu'au bout de trente à quarante minutes que je crois pouvoir considérer comme assuré le rétablissement de la fonction respiratoire.

Et, néanmoins, je recommande, à la moindre alerte, de reprendre et de continuer la manœuvre.

Entre temps, j'ai fait appliquer, sur la région thoracique antérieure et précordiale, selon un procédé que je recommande en pareille circonstance et que je considère comme très efficace, pour aider à la provocation des mouvements thoraciques respiratoires, et des contractions du cœur, des serviettes trempées dans l'eau très chaude, presque bouillante.

Je quittais la malade, vers 4 h. 1/2, dans ces conditions, en priant mon confrère de me tenir au courant de ce qui adviendrait.

Le surlendemain, 12 février, je recevais le mot suivant que je reproduis textuellement :

« Notre empoisonnée va tout à fait bien, j'ai continué, pendant quelque temps, les tractions de la langue et les compresses d'eau bouillante, en alternant avec les frictions sèches et les coups de serviettes mouillées ; enfin, vers 6 heures, la malade a commencé à ouvrir un peu les yeux, et à reprendre une légère connaissance ; je l'ai tenue éveillée, autant que possible, durant la nuit, et le matin elle était mieux.

« Aujourd'hui, elle est tout à fait sauvée. »

— J'ai eu, depuis, l'occasion de revoir cette malade dans une autre maison de santé, complètement remise de son intoxication, se souvenant fort bien du danger extrême qu'elle avait couru, et rapportant à mon confrère de la maison de santé précédente où s'était produit l'accident, le mérite de l'avoir sauvée ; car elle n'avait pu me voir ni me connaître.

Ce fait et le résultat positif dont il a été suivi confirment l'indication, qu'il était déjà logique de prévoir, du procédé « de la langue » dans les nombreuses intoxications, dont les accidents graves et la mort procèdent essentiellement du mécanisme et du processus asphyxiques ; telles sont, notamment :

L'intoxication chloralique et bromique — à laquelle se rattache en majeure partie celle qui a été déterminée par le

médicament composé ci-dessus; — l'intoxication chloroformique, desquelles peuvent être rapprochées les intoxications convulsivantes, dont le type est celle des strychninés, et celles qui sont déterminées par l'opium et ses principes, etc.

III

ASPHYXIE TÉTANIQUE CONJURÉE PAR LE PROCÉDÉ DES TRACTIONS RYTHMÉES DE LA LANGUE.

Je dois à mon très distingué confrère, M. le Dr Félizet, chirurgien des hôpitaux, la relation du fait suivant :

Le 4 mars 1893, un enfant âgé de 9 ans, le nommé L..., habitant 34, rue de Rivoli, a été blessé à l'avant-pied par un coup de feu accidentel (cendrée-bourre).

On fait un pansement antiseptique, sans débridement, et sans recherche et ablation des projectiles.

Appelé le 11 mars, je constate du *trismus*.

Le 12, à 8 heures du matin, *tétanos confirmé*.

L'enfant est porté sur la table d'opération; pendant ce transport, il est pris d'une *crise tétanique*, qui le met en état de mort apparente.

J'ouvre immédiatement la bouche avec des attelles, et je pratique des « tractions de la langue », selon le procédé de Laborde.

Après deux minutes, *la respiration se rétablit*, et l'opération peut être réalisée : elle consiste dans l'ablation de deux métatarpiens et l'enlèvement des corps étrangers.

L'enfant succombait, le soir, à une nouvelle crise tétanique.

N'y a-t-il pas lieu de penser, d'après ce qui précède, que la mort eût pu, encore une fois, être conjurée, si l'on eût renouvelé, dans cette nouvelle crise, les tractions linguales?

Quoi qu'il en soit, l'efficacité du procédé dans l'asphyxie *tétanique* ne semble pas douteuse, et c'est là une indication nouvelle, qu'il importe de ne pas négliger.

A propos de cette communication, M. Félizet me fait également connaître un cas rétrospectif de sa pratique, qui, eu égard au procédé dont il s'agit, présente un réel intérêt :

En août 1883, remplaçant M. Duplay à l'hôpital Lariboisière, M. Félizet se met en devoir d'opérer un malade (le nommé Jules B...), atteint de cancer du maxillaire supérieure gauche.

Il pratique la trachéotomie pré-opératoire et administre le chloroforme par la trachée.

Au cours de l'opération survient une syncope respiratoire, avec mort apparente.

La *traction de la langue* immédiatement pratiquée rappelle le malade à la vie.

Je suis convaincu, en effet, et j'en ai déjà fait la remarque dans mes premières communications, que la simple traction hors de la bouche, telle que les chirurgiens ont depuis longtemps l'habitude de la réaliser, dans le but de dégager l'arrière-gorge, afin d'empêcher, comme on dit, ladite langue d'être avalée par suite de l'excitation et de la contracture chloroformiques, que cette traction, dis-je, peut, et a pu, dans certains cas, ramener la respiration; c'est ce qui a eu lieu dans le fait qui précède du Dr Félizet; mais elle ne saurait suffire dans les cas d'asphyxie avancée, avec état de mort apparente, même à la suite de la chloroformisation; il faut y ajouter, nécessairement, les tractions réitérées, rythmées et persistantes, qui constituent le véritable procédé, systématisé, dont il s'agit.

C'est ce que ne manquent pas de faire, maintenant, la plupart des chirurgiens qui sont au courant du procédé des « *Tractions rythmées de la langue* », à la moindre alerte survenant pendant la chloroformisation; et nous savons que, dans un certain nombre de cas, dont il serait à désirer que la relation fût publiée par les auteurs mêmes, les plus graves accidents, et probablement la mort plus ou moins et habituellement imminente dans ces conditions, ont pu être conjurés.

(*A suivre.*)

REVUE DES JOURNAUX

BACTÉRIOLOGIE.

I. — SUR UN NOUVEAU VIBRION DÉCOUVERT DANS LES SELLES DIARRHÉIQUES, par le Dr G. VOGLER. (*Deutsche medicin. Wochenschrift*, 1893, n° 35, p. 836.)

II. — UN NOUVEAU MILIEU DE CULTURE ÉLECTIF POUR LE BACILLE DU CHOLÉRA, par le Dr G. DEYCKE. (*Eodem loco*, n° 37, p. 188.)

I. — Par l'examen bactériologique des selles de sujets suspectés d'être atteints du choléra, M. Vogler qui exerce à Hambourg, a pu se convaincre que le bacille virgule de Koch habite souvent le tube digestif de personnes qui ne présentent que des manifestations pathologiques très effacées. L'idée lui est venue de rechercher si ce bacille ne se rencontre pas exceptionnellement dans les selles de sujets non cholériques. M. Vogler a examiné les matières fécales de 200 sujets : une petite quantité de la matière à analyser était ensemencée dans un tube à réactif, contenant une solution alcaline de peptone à 0,5 p. 100. Les tubes ont été exposés pendant douze à seize heures à une température de 38°, dans l'autoclave. Puis avec de la matière recueillie dans les couches superficielles, on a ensemencé des plaques de gélatine.

Or, des bacilles du choléra n'ont été trouvés que dans les préparations de sujets qui avaient une diarrhée suspecte, ou qui relevaient d'une attaque de choléra. Il est vrai que la présence de ces bacilles a été constatée dans les selles de personnes qui n'avaient qu'une diarrhée légère, et dans les excréments *solides* de personnes convalescentes d'une attaque de choléra; voire qu'une fois, il a fallu administrer, du calomel pour vaincre une constipation datant de plusieurs jours et obtenir des matières contenant les bacilles du choléra.

Dans cette sorte de chasse au bacille virgule, M. Vogler a fait la connaissance d'un vibrion qui n'avait pas encore été signalé dans les matières fécales. Ce nouveau microbe présente beaucoup de points de ressemblance avec le bacille virgule et risque d'être confondu avec lui. Sa présence a été constatée dans les selles d'un malade qui était en proie au délire et avait eu deux selles molles. Les ensemencements d'échantillons provenant de ces deux selles, ensemencements faits de la manière indiquée ci-dessus, ont donné des cultures pures d'un bacille en forme de virgule. On crut d'abord avoir affaire à une attaque de choléra asiatique. Or, les ensemencements ultérieurs, faits sur les plaques en gélatine, ont démontré que ce diagnostic était erroné. Les colonies obtenues le second jour (exposition à une température de 22°), étaient de trois espèces, dont voici les caractères :

a. Les colonies les plus nombreuses étaient allongées, granulées, jaunâtres, assez nettement délimitées, avec un centre homogène d'une teinte plus foncée que la zone marginale; cette dernière se subdivisait en plusieurs disques annulaires.

b. D'autres colonies, beaucoup moins nombreuses, étaient incolores ou d'une teinte très pâle, formées d'un noyau relativement dense, et d'une zone marginale plus claire, le tout constitué par des granulations très fines.

c. Les colonies de la troisième variété étaient les plus intéressantes; leurs caractères offraient une très grande analogie avec ceux des colonies du bacille virgule. Au centre d'une masse fluidifiée se voyait un amas jaunâtre, d'une teinte relativement foncée. Le bord de la colonie paraissait être constitué par de nombreuses fibrilles à direction radiée. On ne constatait pas de mouvements au sein de ces amas.

Les trois variétés de colonies étaient formées par des bacilles en forme de virgule, ayant une ressemblance très grande avec le bacille virgule de Koch, mais un peu plus grands. Il se fit voir bientôt que les différentes variétés de colonies se rapportaient à une seule et même espèce bactérienne; en effet, les colonies des deux premières variétés se sont mises à fluidifier la gélatine à leur pourtour, de façon à présenter le même aspect que les colonies de la troisième variété.

Quand on inocule le bacille en question dans de la gélatine, à l'aide d'une aiguille en platine, il se développe d'une façon très différente de celle du vibrion de Koch. En effet, à partir de la vingt-quatrième heure, on ne constate aucune tendance à la fluidification de la gélatine le long du trajet de culture; la fluidification ne se fait qu'à la surface. Au-dessous, le trajet apparaît sous la forme d'une ligne fine.

Ensemencé sur de l'agar, le nouveau vibrion présente un développement semblable à celui du bacille virgule de Koch.

Ensemencé sur des tranches de pommes de terre, il manifeste, comme le bacille du choléra, une grande préférence pour les milieux fortement alcalinisés. Sur des tranches très alcalines, il se développe même à la température ordinaire. Mais tandis que le bacille du choléra végète sous la forme d'un gazon épais, d'un brun jaunâtre, poisseux, le nouveau vibrion forme une couche mince, lisse, d'un brun clair. Les colonies, considérées isolément, présentent des bords qui s'affaissent comme des écailles, entourés d'une zone claire blanchâtre. Suivant M. Vogler, le mode de développement du nouveau vibrion sur tranche de pomme de terre a une valeur caractéristique.

Le nouveau vibrion ne donne pas non plus la réaction du rouge du choléra. Il ne paraît pas être pathogène pour les animaux, à en juger d'après les résultats des inoculations faites par l'auteur; cependant, sa présence en masse dans les déjections d'une personne atteinte d'une forte diarrhée, est de nature à lui faire soupçonner certaines propriétés pathogènes.

M. Vogler a fait ressortir encore les analogies présentées par ce nouveau vibrion avec d'autres microbes de découverte récente.

II. — M. Deycke, assistant à l'hôpital général de Hambourg a pu se convaincre dans le cours de la récente épidémie de choléra, que le procédé de Koch laisse à désirer lorqu'il s'agit d'isoler des déjections alvines des bacilles virgules qui n'existent dans celles-ci qu'en petit nombre. Il a réussi à découvrir un milieu de culture au sein duquel la végétation du bacille virgule se trouve favorisée, tandis que le contraire a lieu pour les autres germes bactériens. Voici les renseignements qu'il donne sur la technique de la préparation de ce milieu de culture:

On triture 1.000 grammes de chair de veau hachée en menus fragments et privée de graisse, dans 1.200 grammes d'une lessive de potasse à 3 p. 100. On laisse digérer la masse pendant trois jours dans un ballon maintenu à la température de 37°. Puis, pendant quelques heures on chauffe la masse au bain-marie à 60, 70°, jusqu'à complète dissolution de tous les corps albuminoïdes. On filtre et on traite le produit de filtration par de l'acide chlorhydrique, qu'on ajoute lentement à la masse, jusqu'à précipitation des albuminates. On recueille ceux-ci sur un filtre en toile, on les malaxe dans de l'eau distillée et on ajoute une solution sodique saturée, jusqu'à ce que le mélange prenne une réaction nettement alcaline. Pour obtenir une dissolution parfaite, on introduit la masse dans un appareil à stérilisation, et on la soumet à une ébullition prolongée. On obtient ainsi un liquide d'un brun foncé, dont on corrige la réaction en la ramenant à un léger degré d'alcalinité.

On évapore le liquide jusqu'à complète siccité; par voie de pulvérisation on obtient ainsi une poudre fine d'un jaune brun clair, qui n'est autre qu'un albuminate alcalin. Une solution à 2-3 p. 100 de cet albuminate dans de l'eau distillée, réalise, d'après M. Deycke un milieu de culture idéal pour le bacille virgule; cette solution est additionnée de peptones (1 p. 100), de chlorure de sodium (1 p. 100) de gélatine (10 p. 100), et de sonde (1 p. 100).

E. R.

BULLETIN

En ce temps de vacances, de chômage scientifique à peu près universel, la tâche du rédacteur du *Bulletin* devient particulièrement difficile, car il se heurte à une pénurie de documents qui fait contraste avec leur abondance en d'autres saisons. La dernière séance de l'Académie a été très significative sous ce rapport, elle n'a donné lieu qu'à une seule communication, celle de M. Laborde concernant le procédé des tractions rythmées de la langue, comme moyen de combattre l'asphyxie. On sait que notre savant confrère a fait de ce sujet son étude de prédilection et qu'il y revient volontiers lorsque des expériences où des observations inédites lui ont apporté des arguments nouveaux. Mais dans les autres Sociétés, encore fermées pour la plupart, l'activité est nulle, et nous devons attendre la rentrée qui ramènera sans doute bien des questions et des polémiques à la tribune des assemblées où s'élabore d'ordinaire le progrès scientifique.

Cependant, parmi ces questions auxquelles nous venons de faire allusion, il en est dont l'intérêt est toujours renouvelé, toujours actuel, et qui par conséquent sont pour ainsi dire en permanence à l'ordre du jour. Il en est ainsi du problème de l'étiologie et de la prophylaxie de la tuberculose, un sujet banal s'il en fût, à en juger par les redites qu'il provoque, et qui pourtant ne cesse pas de passionner les esprits. Comme preuve nouvelle de l'attrait qu'il exerce, nous trouvons une récente conférence de M. le Dr Petit, un des fondateurs de l'hôpital d'Ormesson, sur *la tuberculose et le mariage*! Question particulièrement délicate, et vis-à-vis de laquelle il fallait être pourvu de l'expérience et de l'autorité dont notre confrère peut heureusement se prévaloir.

Les conclusions de ce discours sont empreintes d'un certain degré d'éclectisme, et le conférencier a écarté tonté proposition d'apparence systématique et absolue. C'est que, suivant sa propre remarque, le médecin qui vieillit dans la carrière apprend à se défier, en matière de pronostic, des règles tracées à l'avance et des formules intransigeantes. Dans la réalité, rien n'est parfois plus difficile que de prévoir l'avenir réservé à un individu sonpçonné de tuberculose ou recounu entaché de celle-ci, et, par le fait de cette incertitude même, il devient extrêmement malaisé de formuler nn conseil en ce qui concerne pour cet individu l'opportunité du mariage. La difficulté se double ici de l'ignorance où nous sommes du rôle véritable joné par l'hérédité, cette cause si souvent invoquée à titre banal, et sans preuves. Il y a de fortes raisons de croire qu'elle a été mal interprétée jusqu'à préseut, et M. Petit a cité, en ce qui la concerne, des observations fort remarquables qui tendent à mettre en donte sa valeur, sinon à l'infirmer tout à fait. En tous cas on peut répéter, à ce propos, que l'hérédité semble moins agir à titre de cause immédiate, directe, que de simple influence prédisposante qui prépare le terrain, en le rendant par avance particulièrement vulnérable vis-à-vis de l'agent pathogène, et moins résistant à son action nocive. Sans doute cetté couclusion n'est pas nouvelle, mais elle emprunte une nouvelle force aux faits que notre confrère a cités, et qui sont autant de documents cliniques irrécusables. De ce côté du moins, le caractère dubitatif de ses conclusions se trouve suffisamment justifié.

Il n'en est pas de même, aux yeux de M. Petit, de la question de contagiosité et ici la réponse pourra être beaucoup plus affirmative. Les faits qui établissent cette contagiosité ne se comptent plus, il est vrai, mais on ne doit pour cela dédaigner aucun de ceux qui viennent s'ajouter aux observations déjà counues. Les exemples que M. Petit a cités dans cet ordre d'idées sout amplement significatifs : ils établissent d'une manière irréfutable la possibilité d'une propagation directé de la maladie d'un individu à un autre individu, et, en ce qui concerne notamment le mariage, la transmission d'un époux à l'autre conjoint. Cetté transmission peut même être alternée, c'est-à-dire réalisée par les deux époux successivement, de telle sorte que le dernier survivant, en contractant un second mariage, pourra communiquer à son tour la maladie dont il aura reçu le germe, et ainsi de suité. Donc pas de douté possible sur ce point : et cependant la difficulté n'en existé pas moins, considérable, presque insoluble, quand il s'agit de faire application de ces données à la question de l'opportunité du mariage.

Ici le médecin ne doit pas se payer d'illusions, il aura toujours peu de chauces d'être écouté, car il se heurte presque toujours à l'intérêt personnel, à l'inexpérience on à la passion, autant de mobiles qui parlent bien plus fort que la raison. Ceci explique pourquoi le conférencier s'est abstenu de formuler des conclusions fermes et positives, justifiables peut-être en théorie, inapplicables en pratique. On ne pourra guére arriver à la solution du problème, d'après lui, que par l'observance et l'exécution rigoureuse des mesures prophylactiques désignées comme propres à restreindre les effets d'une contagiosité trop démontrée.

A propos de cette question de la prophylaxie, notre confrère est entré dans des détails fort intéressants sur la valeur des méthodes par lesquelles on pense généralement la réaliser, et il a fait, entre temps, le procès de quelques-uns, notamment celui des *sanatoria*, ces établissements où les individus déjà phtisiques vont s'ennuyer et mourir, où ceux qui ne le sont pas encore viennent contracter le germe de l'infection ; toute cetté discussion a dû faire impression sur son auditoire, et parmi ceux qui l'écoutaient, bon nombre ont dû se retirer avec une conviction faite, et persuadés de l'importance qu'il y a pour nous à engager la lutte contre la tuberculose, ce fléau social qui est plus qu'une maladie, qui est une question humaine, mieux encore, une question de vie ou de mort pour les sociétés civilisées. P. M.

VARIÉTÉS.

LA PRATIQUE DES PROFESSEURS (1).

Au début de cet article, nous sommes tenté de nous approprier la précaution oratoire employée récemment à la Chambre par un député, et nous répétérions volontiers avec lui les paroles du paysan du Danube :

Je supplie avant tout les dieux de m'assister ;
Veuillent les immortels, conducteurs de ma langue,
Que je ne dise rien qui doive être repris.

Nous voulons, en effet, traiter une question délicate et, suivant notre ligne de condnite habituelle, nous voulons le faire avec une entière franchise, une complète indépendance. C'est une thése de principe que nous nous proposons de défendre et nous protestons d'avance ne viser aucune de ces personnalités dont la plupart sont dignes de toute l'estime et de tout le respect du corps médical. D'ailleurs, la réforme que celui-ci réclame vise surtout l'avenir et ne peut guère avoir d'effet rétroactif : c'est dire que les membres actuels du corps professoral sont en dehors du débat.

Est-il bon que les professeurs de la Faculté se livrent à la pratique de la médecine? Nous ne le pensons pas.

Quel est, en effet, le rôle confié par l'État à ses professeurs? C'est celui de former des médecins instruits et capables de servir efficacement la santé publique. Ils doivent inculquer aux élèves qui se pressent autour de leur chaire l'amour du travail ; ils doivent leur exposer les principes de la science, ils doivent fournir à la société des hommes armés de toutés pièces pour prévenir la maladie, la reconnaître et la juguler.

Pour atteindre ce but si élevé, le professeur doit nécessairement être un homme de travail et un homme de science. Or, le travail n'est possible que si l'on possède des loisirs, et la science ne s'obtient que par des labeurs sans cesse renouvelés. Le professeur qui se livre à la clientèle active n'a pas assez de loisirs pour se maintenir facilement au niveau des conquêtes de la science.

Il est évident, en effet, que le médecin appelé à monter dans une chaire universitaire est mis dans une situation qui attire sur lui l'attention publique. Fatalement, dans l'état de choses actuel, il est appelé à prendre une grande place parmi les praticiens. Au début de sa carrière, il aura peut-être encore assez de temps à sa disposition pour mener de front la pratique et l'étude, mais bientôt il ne le pourra plus. Les clients lui arriveront nombreux, il devra répondre à des appels de plus en plus fréquents et, bientôt, les journées ne seront plus assez longues pour lui permettre de courir partout où l'on fera appel à ses services.

(1) *Gazette médicale de Liège.*

Dans ces conditions, le professeur devient avant tout un médecin en vogue, jouissant de connaissances étendues évidemment, mais, enfin, il n'est plus qu'un praticien se contentant facilement de se maintenir au courant des seuls progrès directement utiles de la science. Or, cela ne suffit pas. Le professeur ne doit pas seulement enseigner l'art médical, il doit former des hommes de science, et il ne le peut qu'à la condition de la posséder lui-même et d'en suivre tous les progrès avec une attention toujours en éveil.

Nous entendons d'ici l'objection qu'on ne manquera pas de faire : « Mais c'est en forgeant qu'on devient forgeron. Comment voulez-vous que le médecin-professeur apprenne à ses élèves à démêler les problèmes du diagnostic et à manier sûrement les armes de la thérapeutique, si vous lui interdisez de voir des malades? » Entendons-nous bien ici. Il est certainement, parmi le corps professoral des facultés de médecine, une immense majorité d'hommes qui n'ont rien à voir avec les problèmes que vous énoncez. Parmi eux, nous pouvons ranger hardiment tous les maîtres chargés d'un enseignement théorique. Ils ressemblent, de tous points, aux professeurs des facultés de droit. Comme ceux-ci, ils n'ont pas à se préoccuper du futur praticien; ils n'ont à envisager que l'élève venant chercher la science à leur cours.

L'immense majorité des élèves qui suivent leurs cours de droit sont cependant destinés à prendre position dans les rangs du barreau. Et pourtant, la plupart de leurs maîtres sont simplement des hommes de science, qui n'ont peut-être jamais plaidé une affaire. Les choses en vont-elles plus mal que si l'on confiait les chaires à des praticiens ayant passé par le barreau ou le fréquentant encore? Personne ne l'a jamais prétendu et c'est, au contraire, à cette intransigeance absolue qui interdit les affaires aux professeurs des facultés de droit, que l'on attribue la grande valeur des nombreux jurisconsultes dont s'enorgueillit notre pays.

« Mais, dira-t-on, après avoir obtenu son diplôme, le jeune docteur en droit sera obligé de faire un stage, et c'est là qu'il acquerra la pratique de sa profession. Il doit en être de même du futur médecin et, comme il n'existe pas de stage médical après les études, il doit, dans le cours de celles-ci, puiser les leçons de professeurs praticiens. »

Cela est évident. Mais quel est donc le rôle des cliniques? Le professeur ne possède-t-il pas, dans nos hôpitaux, des matériaux plus que suffisants pour s'instruire tous les jours et en faire profiter ses élèves? Alors que les services universitaires reçoivent par an 5.000 malades, prétendra-t-on sérieusement que les professeurs doivent chercher un supplément d'information dans la clientèle privée?

Non, n'est-ce pas, cela n'est pas sérieux! La libre pratique du corps enseignant est un mal, au point de vue de la science, et elle est une superfétation au point de vue de l'enseignement.

La liberté de « faire de la clientèle » laissée aux professeurs des facultés de médecine est-elle nécessaire pour amener dans les chaires universitaires des hommes de grande valeur? Beaucoup de personnes le pensent, mais c'est parce qu'elles envisagent mal la question. Il est évident que la pratique privée rapporte à certains professeurs des revenus auprès desquels les traitements officiels sont peu de chose. Il est certain aussi que, si on les obligeait à opter entre les uns ou les autres, les chaires universitaires courraient le risque de perdre des titulaires de grande valeur.

Mais ce n'est pas ainsi qu'il faut examiner l'affaire. Il faut se mettre en présence d'un homme généralement jeune et ayant beaucoup plus de science que de clientèle, avec les rentes qui en résultent. Eh bien! si l'on disait à ce jeune savant : « Nous vous offrons une position rapportant autant que les plus belles dans l'administration, la magistrature et l'armée, une position dont, grâce à l'éméritat, vous conserverez les avantages jusqu'à la fin de vos jours », croit-on que, dans ces conditions, il puisse se rencontrer beaucoup d'hésitants? Croit-on qu'on ne puisse trouver, parmi les docteurs en médecine, ces hommes épris de science et d'honneurs que l'on rencontre parmi les docteurs en sciences naturelles? Dire le contraire serait faire injure à notre profession et nous protestons contre pareille supposition.

La libre pratique du corps professoral, qui n'est ni utile à l'enseignement, ni requise pour recruter facilement des maîtres de grande valeur, n'est-elle pas nécessaire ou, au moins, très utile à la société? Ne serait-il pas inhumain de priver certains malades des lumières de savants particulièrement aptes à les secourir? Nous répondrions volontiers à ces questions qu'il n'est pas, en ce monde, d'homme nécessaire : *uno avulso non deficit alter*. Mais nous voulons croire, avec le profane, qu'il est des situations que la science d'un professeur peut seule débrouiller. Eh bien! puisque c'est affaire d'humanité, les professeurs ne refuseraient peut-être pas un avis désintéressé. Mais ne demandons pas tant que cela et, avec notre correspondant de la semaine dernière, admettons que la loi autorise les professeurs à « intervenir, à titre de consultants, dans des cas complexes et difficiles ».

Seulement, il ne faut pas qu'on étende le principe d'une façon absolument abusive. Il ne devrait être permis au professeur d'intervenir qu'à titre de consultant, c'est-à-dire en compagnie d'un médecin traitant. Cette concession devrait suffire aux plus exigeants. Nous ajouterons qu'il est actuellement des professeurs qui seraient charmés de se voir imposer pareille obligation. Ils ne seraient plus astreints aux obligations d'une vie professionnelle fatigante et ils auraient des loisirs pour suivre leurs aspirations vers les recherches scientifiques; l'on peut d'ailleurs ajouter que leurs revenus ne seraient pas diminués, car leurs consultations acquerraient une valeur considérable.

Nous demandons que, dorénavant, le gouvernement interdise toujours la pratique générale de la médecine à ses professeurs fonctionnaires, et qu'il les autorise seulement à intervenir auprès des malades à titre de consultants. Ce serait là une réforme dont personne ne souffrirait et qui serait utile non seulement à la grande famille médicale en détresse, mais surtout à la science et à l'enseignement.

NOTES ET INFORMATIONS

— Nous lisons dans le *Marseille Médical* du 15 septembre 1892 :

« Plusieurs anciens collègues, confrères et élèves du regretté Pr Fabre, avaient depuis longtemps conçu le projet d'élever un buste qui perpétuât le souvenir de ce savant tout à la fois grand médecin et homme de bien. Cette pieuse pensée vient de recevoir un commencement d'exécution. Nous sommes heureux d'apprendre qu'un groupe de ces honorables confrères a pris l'initiative de cette œuvre d'équité, à laquelle s'associeront certainement tous les membres du Corps Médical

de notre ville que Fabre a illustré par son savoir et ses hautes qualités professionnelles, et ses anciens amis et clients, parmi lesquels vit toujours le souvenir de son dévouement et de sa charité inépuisable.

Une Commission d'initiative a été nommée ; elle se compose de :

MM. SAUVET, ancien président de la Société de Médecine, président.

ALEZAIS, médecin-adjoint des hôpitaux, secrétaire-trésorier.

LIVON, directeur de l'Ecole de Médecine, directeur du *Marseille Médical*.

FALLOT, président du Comité Médical des Bouches-du-Rhône, professeur à l'Ecole de Médecine.

VILLARD, président de la Société Locale des Bouches-du-Rhône, agrégé à l'Association Générale des Médecins de France, professeur de Clinique Médicale.

VIDAL, président de la Société Médico-Chirurgicale des Hôpitaux.

D'ASTROS, médecin consultant des hôpitaux.

AUDIBERT, ancien chef de clinique du Professeur Fabre.

DE LUNA, ODDO, anciens élèves du Professeur Fabre.

Une souscription est ouverte dès aujourd'hui.

La Commission fait appel au souvenir vénéré que le Professeur Fabre a laissé dans le cœur de ses anciens collègues, confrères, élèves, amis et clients.

Les dons sont reçus chez tous les membres de la Commission. »

Congrès de l'association française pour l'avancement des sciences. — Le Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences, réuni cette année à Besançon a décidé que les prochaines réunions de l'Association auraient lieu en 1894 à Caen et en 1895 à Bordeaux.

NOUVELLES

Nécrologie. — M. le Dr Tirifahy, professeur émérite à l'Université de Bruxelles, chirurgien honoraire des hôpitaux, membre titulaire de l'Académie de médecine, chevalier de l'Ordre de Léopold et de la Légion d'honneur, vient de succomber au mal qui le minait depuis plusieurs années. Cette perte sera vivement ressentie par tous ses collègues et confrères, par ses anciens élèves. Clinicien distingué, il avait su tenir son enseignement au niveau des découvertes modernes ; il s'est montré particulièrement défenseur des procédés belges. Son nom figure encore parmi les collaborateurs de la *Presse médicale belge*.

Médecins des lycées. — Par arrêté du 6 septembre, M. le Dr Grosclaude est nommé médecin du petit lycée d'Elbeuf.

Facultés de médecine. — BOURSES DE DOCTORAT. — L'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de doctorat aura lieu au siège des Facultés le vendredi 27 octobre 1893. Les registres d'inscriptions seront clos le vendredi 20 octobre à 4 heures. Les candidats pourvus des grades de bachelier ès lettres et de bachelier ès sciences restreint qui ont été admis à chacun de ces grades avec la mention *bien*, pourront obtenir, sans concours, une bourse de première année (arrêté ministériel du 22 septembre 1893.)

Ecole principale de médecine navale de Bordeaux. — Les étudiants admis, après concours, devront se présenter à cette école, le 20 octobre prochain, avant midi. Ils auront à contracter les engagements spéciaux exigés par l'article 29 de la loi du 15 juillet 1889, sur le recrutement de l'armée.

Association française de chirurgie. — Cette association vient d'être reconnue d'utilité publique, par décret du 26 août.

Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux. — *Concours pour une place de chef de clinique médicale.* — Un concours sera ouvert à la Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux le jeudi 16 novembre 1893, à 9 heures du matin, pour une place de chef de clinique médicale.

Les chefs de clinique sont nommés pour un an ; toutefois, sur la proposition du professeur et après avis favorable de la Faculté, ils peuvent être maintenus en exercice pendant deux autres années. Le traitement annuel est de 1.000 francs. Les chefs de clinique nommés entreront en fonctions à dater du 1er novembre 1893.

Les candidats non proposés pour la place de chef de clinique titulaire, mais qui auraient cependant subi avantageusement les épreuves du concours, pourront être nommés chefs de clinique adjoints. Les chefs de clinique adjoints remplacent les titulaires momentanément absents ; en cas de vacance dans le cours d'une année, ils peuvent être délégués dans les fonctions de chef de clinique jusqu'à la fin de l'année scolaire.

Est admis à concourir tout docteur en médecine de nationalité française qui n'est pas âgé de plus de trente-quatre ans le jour de l'ouverture du concours. Les candidats pourront se faire inscrire jusqu'au jeudi 9 novembre 1893, à midi, en produisant leur acte de naissance et leur diplôme de docteur en médecine.

Les épreuves consisteront : 1° en une dissertation orale d'un quart d'heure de durée sur un sujet d'anatomie pathologique, après examen anatomique, microscopique et clinique de trois heures (ces deux épreuves sont éliminatoires) ; 2° en une leçon clinique de vingt minutes de durée sur deux malades, après vingt minutes d'examen et vingt minutes de réflexion.

Les fonctions de chefs de clinique sont incompatibles avec celles d'agrégé en exercice, de médecin et chirurgien des hôpitaux, de chef interne, de prosecteur ou aide d'anatomie.

Mission scientifique. — M. le Dr F. Villar, professeur agrégé à la Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux, chirurgien des hôpitaux, est chargé d'une mission gratuite en Italie à l'effet d'y étudier les questions relatives à l'enseignement de la chirurgie.

Facultés étrangères. — Le Dr Ernest Jendrassik, de Buda-Pest, est nommé professeur extraordinaire ; il donnera le cours de pathologie des affections nerveuses.

Bulletin hebdomadaire de Statistique municipale.

DÉCÈS NOTIFIÉS DU 10 AU 16 SEPTEMBRE 1893

Fièvre typh., 16. — Typhus, 0. — Variole, 4. — Rougeole, 7. — Scarlatine, 2. — Coqueluche, 3. — Diphtérie, croup, 10. — Grippe, 0. — Affections cholériformes, 0. — Phtisie pulmonaire, 177. — Méningite tuberculeuse, 14. — Autres tuberculoses, 11. — Tumeurs cancéreuses et autres, 41. — Méningite, 20. — Congestion et hémorrhagie cérébrale, 38 — Paralysie, 4. — Ramollissement cérébral, 10. — Maladies organiques du cœur, 39. — Bronchite aiguë et chronique, 28. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 30. — Autres affections de l'appareil respiratoire, 27. — Gastro-entérite des enfants : sein, biberon et autres, 66. — Fièvre et péritonite puerpérales, 5. — Autres affections puerpérales, 2. — Débilité congénitale, 27. — Sénilité, 33. — Suicides, 18. — Autres morts violentes, 13. — Autres causes de mort, 125. — Causes inconnues, 9. — Total : 779.

Le Rédacteur en chef et Gérant : F. DE RANSE.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame. — *Téléphone.*

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Rédacteur en chef : M. le Dr F. DE RANSE

Comité de Rédaction : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN
J. ARNOULD (de Lille), P. FABRE (de Commentry), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon)

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, avenue Montaigne (Rond-Point des Champs-Élysées)

CLINIQUE MÉDICALE

SUR UN CAS DE SCARLATINE PUERPÉRALE,

Par le Dr Ch. Fiessinger (d'Oyonnax).

Sous le nom de scarlatine puerpérale, on range des affections diverses : les unes sont provoquées par l'absorption de médicaments, les autres sont d'ordre infectieux. Dans les scarlatines puerpérales d'ordre infectieux s'est également établie une division aujourd'hui classique ; une partie de ces scarlatines a été rattachée à la scarlatine vraie, le restant a été remisé dans le cadre des érythèmes scarlatinoïdes d'origine septicémique. Or, il ne nous semble nullement prouvé que la scarlatine vraie et les érythèmes scarlatinoïdes septicémiques correspondent à deux entités morbides distinctes. C'est là un sujet sur lequel nous avons insisté récemment (1). Ni la bactériologie, ni la clinique, ni l'épidémiologie ne dressent entre la scarlatine et les érythèmes scarlatinoïdes infectieux une barrière infranchissable. Les deux maladies se partagent la propriété d'un même microorganisme, le streptocoque. Soit dit en passant, nous comprenons peu pourquoi ce streptocoque a été relégué au rang d'agent infectieux secondaire pour la scarlatine alors qu'il est accusé de tous les méfaits des érythèmes scarlatinoïdes. Plus clairement encore que la bactériologie, la clinique démontre combien peu solides sont les caractères différentiels qui sont censés séparer la scarlatine des érythèmes scarlatinoïdes. Certains types intermédiaires prennent pied dans chaque camp et il est difficile de leur assigner un domicile précis. Dans cette besogne de classement, les caractères épidémiologiques ne nous seront pas d'un aide plus utile. La spontanéité, la contagiosité moindre, la possibilité des récidives constituent pour les scarlatinoïdes des attributs qui témoignent probablement de la différenciation sommaire du germe pathogène et de l'absence de sécrétion des substances vaccinantes. De plus nombre de faits déposent en faveur de la variabilité de ces attributs qui sont susceptibles de modifications et ne fournissent qu'une assise fuyante à l'édification d'un diagnostic différentiel. Ne voit-on pas la grippe endémique prendre peu à peu les allures de l'influenza, le choléra nostras devenir aussi contagieux que le choléra asiatique ?

Il en serait de même pour les érythèmes scarlatinoïdes infectieux et la scarlatine. Et ces idées si subversives paraissent-elles ont reçu l'assentiment de maîtres éminents. Depuis de longues années, M. le prof. Lépine (de Lyon) s'élève au lit du malade contre les espèces nosologiques et professe que sauf un petit nombre, elles n'ont pas d'existence réelle. Il existe, ajoute souvent le professeur de Lyon non des espèces, mais des types morbides, lesquels sont reliés les uns aux autres par une infinité de cas de transition.

Comme exemple de la difficulté à faire dépendre la scarlatine puerpérale, soit d'une scarlatine vraie, soit d'un érythème scarlatinoïde, nous donnons l'observation suivante :

Une jeune femme de 23 ans accouche sans difficulté le 29 avril 1893 ; quelques scarlatines isolées régnaient dans la localité ; de plus la jeune femme subissait dès le premier jour l'action d'une double cause infectante : une plaie suppurante aux doigts de la sage-femme et la rétention d'un fragment placentaire. Le 1er mai, trente-six heures après l'accouchement, frisson, vomissements, fièvre. Il n'existe ni douleurs, ni ballonnement du ventre. On sait que cette absence de phénomènes locaux est assez fréquemment constatée dans les infections puerpérales très intenses. Le 2 mai, injections intra-utérines avec une solution de lysol et potion avec 80 centigr. de sulfate de quinine. Si nous donnons ces détails sur le traitement, c'est pour établir immédiatement l'indépendance de l'érythème consécutif et de la quinine prescrite. Une quantité minime du médicament avait été absorbée lorsqu'apparut l'érythème, à la suite d'une série de frissons et entouré d'un cortège d'accidents redoutables qui n'appartiennent pas aux éruptions médicamenteuses. La température atteint 41°5, l'oppression est vive, le pouls faible et rapide. L'éruption se traduit par des taches lenticulaires, d'aspect morbilleux sur la face dorsale des mains et des avant-bras ; elle s'étale en larges placards scarlatineux sur les cuisses, le dos, les lombes. Le lendemain le polymorphisme de l'éruption a disparu ; à l'exception de la face qui reste indemne tout le corps est couvert d'un exanthème scarlatineux typique ; jusqu'à la gorge dont la malade ne s'était pas plainte le premier jour de l'éruption et qui maintenant laissait apercevoir sur les piliers des rougeurs diffuses entretenant des douleurs accusées à la déglutition. Pendant deux à trois jours, l'état reste stationnaire ; à l'aggravation des premières heures a succédé une intensité moindre des accidents infectieux ; le tracé thermique est irrégulier ; une défervescence complète s'est opérée le pre-

(1) Fiessinger. *Les érythèmes scarlatinoïdes.* (*Sem. médic.*, 8 juillet 1893.)

mier soir de l'éruption et la fièvre, tout en remontant peu après, ne parvient plus à son chiffre initial. Le 5 mai, un morceau de placenta putréfié du volume d'une grosse noix est ramené par les injections intra-utérines. La matrone avait juré ses grands dieux qu'il n'était rien resté dans l'utérus. Le 8 mai, une semaine après les premiers accidents infectieux, cinq jours après le début de l'éruption, la convalescence s'établit, la fièvre tombe, mais l'érythème avant de disparaître complètement, tente un dernier retour offensif sur les fesses où il se couvre d'une éruption vésiculeuse. Rien de remarquable dans la desquamation qui s'opère par petites squames furfuracées. Trois semaines plus tard, nouvelle alerte; néphrite avec anasarque. Grâce au régime lacté, la guérison finit par s'effectuer, non sans traîner à sa suite un état névropathique fort désagréable pour la malade et son médecin.

Telle est notre observation. Dans quel groupe l'incorporer? Faut-il l'adjoindre aux scarlatines vraies ou aux érythèmes scarlatinoïdes infectieux? Par respect pour les doctrines classiques, plaidons brièvement la cause.

En faveur de la scarlatine, nous avons le restant d'épidémie ambiante, la néphrite dans la convalescence, et peut-être l'angine qui, bien qu'elle ait suivi l'éruption de vingt-quatre heures, est néanmoins plus rarement constatée dans les érythèmes scarlatinoïdes (Durand (1). Quant aux deux premiers arguments, l'épidémie ambiante et la néphrite, ils ne désarment pas complètement la critique : notre enquête est restée absolument négative au point de vue de la propagation scarlatineuse par tierce personne et les complications rénales existent à l'occasion dans les érythèmes septicémiques comme dans la scarlatine.

En faveur d'un érythème scarlatinoïde infectieux, nous placerons au premier plan les causes d'infection en jeu; la plaie au doigt de la sage femme et la rétention placentaire. Les frissons répétés viennent ensuite : ils appartiennent plus à la septicémie puerpérale qu'à la scarlatine. Et l'irrégularité du tracé thermique achèvera de nous convaincre; c'est encore là un signe de septicémie puerpérale et non de scarlatine. Nous ne parlons pas de l'éruption; d'ordinaire elle est la même, sauf un caractère morbilleux plus prononcé dans les formes septicémiques (Durand). Rappelons que ce caractère morbilleux a été présenté par notre malade en certains points du corps, au début de l'éruption.

Nombre de chances de probabilité accompagnent donc l'idée d'un érythème scarlatinoïde d'origine septicémique. Admettre la simultanéité d'une scarlatine vraie et d'une septicémie puerpérale nous semble une hypothèse d'une complexité inutile.

Mais cet érythème scarlatinoïde d'origine septicémique; rien ne nous démontre en quoi il diffère d'une scarlatine ordinaire : comme nous l'avons dit tout à l'heure, érythèmes scarlatinoïdes infectieux et scarlatine ne semblent constituer qu'une maladie unique dont les types divers relèvent d'un germe pathogène univoque plus ou moins différencié et qui pénètre par des portes différentes. Bien probablement, chez notre malade, cette porte d'entrée a été l'utérus.

(1) Durand. *Etude histor. et crit. de la scarlatine puerpérale.* Th. de Paris, 1891, p. 169.

OBSERVATION.

Jeune femme de 23 ans; accouchement normal; plaie suppurante à un doigt de la sage-femme; rétention d'un fragment du placenta; le troisième jour septicémie puerpérale; le quatrième jour, scarlatine; hyperthermie; guérison par injections intra-utérines.

D... (Mélanie), âgée de 23 ans, d'Oyonnax, accouche le soir du 29 avril 1893 : présentation du sommet. La sage-femme, Mme L..., avait un doigt bandé pour garantir une excoriation superficielle qui suppurait légèrement. Les précautions antiseptiques se résument en un lavage rapide des mains de la sage-femme dans de l'eau phéniquée. Dès le 1er mai, éclate un frisson avec claquement de dents, vomissements alimentaires. Pas de douleurs dans le ventre. On nous appelle le lendemain.

2 mai. T. s. (rect.) 40°,6. Le ventre n'est ni douloureux ni ballonné. La malade se sent très faible et a cessé de donner le sein à son enfant.

Prescription. — Injection intra-utérine avec 2 litres d'une solution de lysol (une cuillerée par litre). Potion avec 80 centig. de sulfate de quinine. Boissons abondantes. Thé au rhum. Injections vaginales au lysol toutes les trois heures. Dans la nuit violent frisson et vomissements. Le ventre reste non douloureux; mais il est légèrement météorisé. A 5 heures du matin; nouvelle injection intra-utérine. T. m., 40.

3 mai. A 9 h. du matin, on nous mande à la hâte. La malade a eu un nouveau frisson, ses dents claquent; elle est au plus mal, a des sueurs froides. Nous trouvons en effet la température très élevée (41°,5), une oppression vive, un pouls faible et rapide. On observe une éruption érythémateuse, d'aspect morbilleux sur la face dorsale des mains et des avant-bras, avec taches rouges, lenticulaires, séparées par des intervalles de peau saine; sur les cuisses, les lombes, le dos, l'éruption est au contraire très nettement scarlatinoïde, étendue en larges plaques d'un rouge framboisé. Elle est moins marquée à la poitrine et aux jambes. Des démangeaisons sont ressenties au niveau des régions érythémateuses.

On pratique 2 injections sous-cutanées de 25 centigrammes de caféine et une nouvelle injection intra-utérine avec un litre d'une solution de lysol. On supprime la potion de quinine dont le tiers environ a été absorbé.

La malade dort un peu l'après-midi. Le soir la fièvre est tombée. T. s., 37°,5; P. s., 108. Les urines sont noires, à reflets verdâtres. On se contente d'une injection intra-utérine d'eau bouillie.

4 mai. T. m., 38°,6; T. s., 40°4; P. m., 116; P. s., 152. Douleurs à la dégutition. L'examen de la gorge révèle des rougeurs diffuses sur les piliers antérieurs du voile du palais. L'éruption est devenue scarlatinoïde sur les bras et persiste avec les mêmes caractères sur le reste du corps. Légers maux de tête. Les vomissements ont disparu. Les urines étant moins noires, on pratique une injection intra-utérine avec une solution de lysol.

5 mai. T. m., 39°,1, s., 39°,1; P. m., 124; s., 124. La malade a dormi une partie de la nuit. L'éruption a envahi tout le corps à l'exception de la face. Le météorisme a disparu.

3 injections intra-utérines de 1 litre 1/2 avec une solution de lysol, l'une de ces injections ramène un morceau de placenta putréfié du volume d'une grosse noix.

6 mai. T. m., 38°,8; s., 38°,8; P. m., 108; s., 116. Les rougeurs sont moins vives sur le ventre et à la partie supérieure des cuisses. La nuit a été bonne.

7 mai. T. m., 38. Les rougeurs ont à peu près complètement disparu. On administre une dernière injection intra-utérine.

8 mai. T. m., 37°,2. Une éruption vésiculense à fond érythémateux a apparu sur les fesses. La malade se sent bien.

Les jours suivants la desquamation s'opère par petites squames furpuracées.

30 mai. Face bouffie. Chevilles enflées. Les urines renferment de fortes proportions d'albumine. A la malade qui était venue nous consulter dans notre cabinet, nous conseillons le séjour au lit et le régime lacté. Au bout de quelques jours l'œdème disparaît et l'alimentation est reprise peu à peu; néanmoins il persiste un état névropathique, avec anxiété, lassitude, idées noires. Cet état est peut-être entretenu par la faiblesse résultant de l'allaitement que la malade avait repris dès son amélioration. Deux mois plus tard (juillet) de légères traces d'albumine sont encore constatées dans les urines; l'état névropathique n'est pas modifié.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE.

CONTRIBUTION NOUVELLE A L'ÉTUDE ET AUX APPLICATIONS PRATIQUES DU PROCÉDÉ DE TRACTIONS RYTHMÉES DE LA LANGUE DANS LES DIVERSES ASPHYXIES ET DANS LA MORT APPARENTE QUI EN EST LA SUITE. — DÉTERMINATION EXPÉRIMENTALE DU MODE D'ACTION OU MÉCANISME DE CE PROCÉDÉ.

Par M. J.-V. LABORDE (1).

(Suite et fin).

IV

LE RAPPEL DES FONCTIONS RESPIRATOIRE ET CIRCULATOIRE PAR LES TRACTIONS LINGUALES, A LA SUITE DE LA MORT PAR MÉNINGO-ENCÉPHALITE TUBERCULEUSE.

Le fait suivant, qu'a bien voulu me communiquer, il y a quelques jours, l'honorable confrère qui l'a observé, est certainement de ceux qui, bien que ne constituant pas une réussite définitive, sont les plus capables de démontrer la remarquable puissance du procédé de la langue pour le rappel, et il est permis de dire, pour la résurrection des manifestations fonctionnelles les plus essentielles de la vie, celles de respiration et de circulation.

Aussi avons-nous cru devoir reproduire ici, dans tous ses détails, la curieuse et intéressante relation dont il s'agit :

Procédé Laborde. — Résurrection momentanée de la respiration et de la circulation, par M. le Dr F. COUTENOT, professeur de clinique à l'École de Besançon.

Jeanne G... est une jeune fille de 13 ans, née à Besançon, orpheline de père et de mère et recueillie dans une institution de charité.

Non encore réglée, présentant peu des attributs de la nubilité, intelligente, dit-on, sa constitution est frêle, malgré une peau brune, très épaisse et toujours sèche.

Une coxalgie infantile lui a laissé une claudication : son tempérament scrofuleux s'affirme par des marques cicatricielles d'adénite, et par la présence actuelle de plaies strumeuses sous le menton et sur les tibias.

(1) Voir le numéro précédent.

De caractère docile et sensible, cette grande enfant se plaignait de malaise, de douleurs de tête, d'insomnie et de nausées, lorsque la fièvre s'alluma et détermina son entrée à l'hôpital, le 3 mai 1893. Elle n'y séjourna que sept jours.

Une grande céphalalgie, des vomissements incessants, une température se maintenait à + 40 degrés, de la constipation et du délire sombre sont les symptômes prédominants de l'affection méningo-encéphalique (1) qui, malgré une intervention énergique ne se prolongea pas au-delà du septième jour (10 mai).

Le 10 au matin, on m'avertit, pendant la clinique, que cette jeune malade, en agonie depuis une heure, venait de succomber. J'arrive près de son lit trois à quatre minutes après; la religieuse qui avait reçu son dernier soupir s'était déjà retirée.

Nous sommes en face d'un cadavre encore chaud, mais d'une lividité de face et des extrémités légèrement violacées; la tête est inclinée sur l'épaule droite, une bave s'est écoulée de la bouche, pupilles dilatées, immobilité de la respiration, insensibilité à toute excitation, plus de battements de cœur à l'auscultation, nécessairement pas vestiges de pouls, on constate même un commencement de froid aux extrémités qui sont livides. — Nous ramenons sur le cadavre le rideau que nous avions écarté lorsqu'il me vint à l'idée d'annoncer aux élèves la découverte de M. Laborde, et de leur décrire son mode opératoire, ne pensant nullement à une réussite.

Je saisis la langue de la malade restée entre les dents, et je l'étire fortement par un mouvement rythmique, en la ramenant chaque fois quelque peu entre les dents : cet étirement est renouvelé environ 40 à 50 fois pour une minute.

Au bout de trois minutes, la lividité est moins violacée : après quatre minutes environ, les ailes du nez semblent remuer quelque peu, puis ce mouvement devient manifeste, chacun se penche sur ce cadavre pour y saisir quelque signe nouveau.

L'étirement est continué, chacun de nous se recbange pour l'opérer méthodiquement. Un léger bruit guttural se fait entendre, puis on saisit un court frémissement thoracique, on découvre la malade, ou perçoit manifestement un mouvement ascensionnel progressant des côtes et une action du diaphragme.

On ausculte le cœur, d'abord rien d'appréciable, puis un léger sussurus, puis un frémissement plus marqué; un fil paraît à la radiale. Pendant ce temps, la lividité violette a fait place à la lividité pâle.

On s'anime dans l'espoir d'un retour et on se précipite peut-être un peu trop.

Cinq à dix minutes s'étaient écoulées et la lividité disparaît, la face redevient brune et incolore selon l'habitude de la malade; la respiration est rétablie, les mouvements thoraciques et abdominaux paraissent aussi étendus qu'en normale, la pulsation cardiaque se sent à la palpation, les deux bruits sont distincts, le murmure respiratoire par son timbre, il a celui de l'anhélation, il est encombré par des ronchus asphyxiques, le pouls reparu même développé, mais très mou.

A ce moment, l'émotion de l'assistance est extrême, l'un des élèves se tourne vers le maître en lui disant : « Quel cierge cette malade vous devra! » Celui-ci, de la main, lui fait signe d'attendre encore avant de tout espérer.

Cinq minutes s'écoulent, on commence à s'émouvoir en remarquant que tout tend à s'affaiblir graduellement, malgré

(1) De nature scrofulo-tuberculeuse.

l'étirement ininterrompu de la langue. Le marteau de Mayor est appliqué sur l'épigastre le cadavre fait un mouvement qui se limite à la région ventrale et thoracique ; appliqué sur l'avant-bras le marteau détermine la contraction de quelques muscles de l'avant-bras qui se fléchit quelque peu sur le bras. Malgré cette apparence de sensibilité, le tout s'affaiblit, et la plupart des symptômes finissent par disparaître dans l'ordre inverse où ils s'étaient produits, l'aile du nez fut le dernier signe vital.

Cette fois elle était trop réellement morte.

L'auteur fait suivre cette dramatique relation des très judicieuses réflexions suivantes :

« Nota. — Le retour à la vie avait un aspect tel que nos étudiants l'ont tous cru un instant possible et peut-être vrai.

L'intelligence ne s'est révélée par aucun signe, la pupille est restée toujours immobile ; cependant la sensibilité inconsciente et la contractilité se sont réveillées par l'excitation du marteau.

L'assistance, tristement déçue, me demande alors « pourquoi tout ce retour fonctionnel n'a-t-il pas ramené réellement la vie ? » J'ai cru ne pas m'éloigner de la vérité en répondant :

« La malade a succombé à une maladie, il y avait donc *extinction* de la vie, s'il n'y eût eu qu'une *suspension* de la vie, nous l'aurions probablement sauvée. » Ce n'était pas un cas de mort apparente, c'était un cas de mort *s'achevant*.

« De cette remarquable observation il ressort l'indication pratique d'user de ce procédé dans toute syncope (chloroforme, angine de poitrine, asphyxies, etc.), où il n'y a que suspension de la vie.

« Il ressort aussi cette notion : la mort ne se produit pas de manière instantanée, l'organisme s'éteint progressivement.

« Dans notre cas particulier, le bulbe était le refuge des derniers vestiges de la vie. Nous ne savons si les autres parties du cerveau (mésocéphale, hémisphères, etc.) n'ont pas aussi leur réflexe.

« Seulement il est permis d'affirmer que la mort doit se produire très variablement, selon les circonstances qui la déterminent, selon les idiosyncrasies, les qualités nerveuses et vitales des individus.

« Il y a là un vaste champ d'études sur la fin de l'existence.

Rien de plus juste que ces remarques relativement aux conditions mêmes de l'extinction *organique, matérielle*, ou simplement fonctionnelle, purement suspensive des phénomènes vitaux : le fait clinique ci-dessus reproduit exactement les faits expérimentaux dans lesquels nous avons déterminé, à la suite de la submersion, par exemple, les véritables limites de la possibilité du rappel fonctionnel définitif et certain, ou d'une résurrection temporaire (1) : dans le premier cas, il n'y a encore que suspension de la vie, à laquelle le branle peut être redonné ; dans le second cas, le coup mortel est frappé, le substratum organique de la fonction est désorganisé, et désormais incapable de récupérer sa vitalité, notamment son excitabilité fonctionnelle en ce qui concerne les centres réflexes ; et cependant ces centres peuvent encore subir un réveil momentané, tellement puissant est le moyen qui procède des tractions linguales, le seul, d'ailleurs, comme nous l'avons montré, capable de produire ce résultat temporaire.

(1) Voir thèse Lecoquil, Paris, 1893.

C'est bien aussi, comme le dit le professeur Coutenot, le bulbe qui est le refuge des derniers vestiges de la vie, c'est-à-dire du fonctionnement réflexe, particulièrement en ce qui concerne la fonction respiratoire. C'est ce que nous nous proposons de démontrer plus amplement dans de nouvelles recherches, que nous poursuivons à un autre point de vue : celui du procédé de la langue considéré comme *signe certain de la mort réelle.*

V

LE PROCÉDÉ DE LA LANGUE DANS L'ASPHYXIE PAR STRANGULATION.

Enfin, un jeune et distingué médecin vétérinaire, M. Demeurisse, a eu lieu l'idée, tout à fait logique, d'appliquer le procédé la langue à *l'asphyxie par strangulation*, et il a pratiqué dans ce but, et avec succès, un certain nombre d'expériences qu'il a bien voulu nous communiquer, et que nous reproduisons ci-après, en lui adressant tous nos remerciements.

Du procédé des tractions rythmées de la langue dans l'asphyxie déterminée par strangulation, par M. Demeurisse, vétérinaire à Paris, inspecteur des viandes de boucherie.

Le 5 juillet 1892, M. Laborde communiquait à l'Académie de médecine l'histoire de deux noyés en état de mort apparente, qu'il avait ramené à la vie par un procédé jusque-là inconnu, procédé consistant à attirer fortement et à plusieurs reprises la langue hors de la bouche, réveillant ainsi le réflexe respiratoire. Chez un de ces noyés, on avait inutilement mis en œuvre, pendant une heure environ, les procédés de respiration artificielle habituellement employés.

Le 22 novembre, il faisait part à la même assemblée de deux succès obtenus par M. le Dr Billot qui avait rappelé à la vie, grâce au « procédé de la langue », deux individus asphyxiés par le gaz des égouts.

Enfin, l'on sait que dans le *Recueil de médecine vétérinaire*, du 15 mars 1892, M. Mutelet, vétérinaire à Mouillonpont, relatait l'observation d'un veau nouveau-né en état de mort apparente, ramené à la vie par l'emploi du procédé en question. Ce fait, disait à l'Académie de médecine M. Laborde, tend à prouver que les accoucheurs pourraient utiliser ce procédé, le cas échéant, chez les enfants nouveaunés menacés par l'asphyxie (1).

Comme on le voit, le procédé de la langue a été appliqué dans l'asphyxie par submersion, dans l'asphyxie par le gaz des égouts et enfin dans l'asphyxie des nouveau-nés.

Je l'ai essayé dans l'asphyxie déterminée par strangulation, ce qui, jusqu'à cette date, n'a pas encore été fait, ainsi que l'attestent les publications médicales.

Ces jours derniers, 18 avril et 21 avril, 2 chiens de taille au-dessus de la moyenne, l'un bull-dog, âgé de 4 ans, atteint de bronchite chronique, l'autre, chien de chasse, âgé de 5 ans, presque aveugle, destinés à être abattus, étaient maintenus pendus jusqu'à disparition de tout mouvement respiratoire.

(1) Plusieurs cas d'asphyxie des nouveau-nés ont été traités depuis, avec succès, par le procédé de la langue, après l'échec des autres moyens en usage, ainsi qu'en témoignent les communications de M. Laborde sur ce sujet particulier.

Le cœur battait faiblement. Après les avoir débarrassés de la corde qui leur enserrait le cou, ils furent couchés sur le côté gauche.

Des tractions successives et réitérées de la langue, saisie avec des pinces à pansement, ne tardèrent pas à provoquer chez eux l'apparition de mouvements respiratoires et à rappeler à la vie ces deux animaux, qui pouvaient être considérés comme infailliblement perdus.

Je constatai chez le chien de chasse, pendant les premiers moments occupés par les manœuvres de tractions de la langue une secousse vive et de courte durée du corps et des membres.

Deux heures après, ce même chien, qui avait été soumis à cette expérience, fut pendu de nouveau, et le procédé fut appliqué dans de plus mauvaises conditions que la première fois :

Battements du cœur à peine perceptibles, langue violacée, muqueuse buccale cyanosée, absence de mouvements respiratoires, réflexe cornéen ébauché. Je n'espérais pas cette fois le rappeler à la vie.

Le procédé de la langue fut encore efficace, et la santé de l'animal ne portait le soir aucune marque des deux expériences effectuées le matin. Ce chien fut empoisonné avec l'acide prussique.

Il s'ensuit que le procédé Laborde est également appelé à être utilisé pour rappeler à la vie les désespérés ayant fait choix de la pendaison comme mode de suicide. Les faits ultérieurs confirmeront, j'en suis convaincu, les résultats expérimentaux ci-dessus.

VI

MÉCANISME PHYSIOLOGIQUE DE L'ACTION DES TRACTIONS LINGUALES, DÉMONTRÉ PAR L'ANALYSE EXPÉRIMENTALE.

Au moment où nous avons fait connaître, pour la première fois, avec des applications à l'appui, le *procédé des tractions systématisées et rythmées de la langue*, comme un des moyens les plus efficaces, les plus puissants — en même temps que des plus simples — de conjurer la mort apparente due à divers processus asphyxiques, qui, comme nous venons de le voir tout à l'heure, d'après des faits nouveaux, peuvent être étendus à presque tous les accidents de cet ordre, nous avions pressenti, d'après certaines données expérimentales, qui avaient été le point de départ de la méthode, le mécanisme de cette action puissante.

Ce mécanisme nous paraissait devoir résider dans une excitation primitive exercée par les tractions linguales sur les nerfs *sensibles*, que pouvaient atteindre et impliquer ces tractions, et dans la répercussion, ou la réaction de cette excitation sur les principaux nerfs moteurs qui mettent en jeu les puissances mécaniques, c'est-à-dire les muscles respiratoires.

L'analyse expérimentale, à laquelle nous nous sommes livré, en vue d'élucider et de démontrer ce mécanisme, a pleinement confirmé, par ses résultats, nos premières présomptions.

Quels peuvent être, en effet, et quels sont les nerfs sensibles sus-visés ? D'une part, les nerfs sensibles de la base et de la pointe de la langue, le glosso-pharyngien, et le lingual, et de l'autre les nerfs sensibles du larynx et de la trachée, notamment, et, en particulier, le laryngé supérieur.

En raison du rôle important que joue ce dernier dans le mécanisme excito-moteur qui préside aux actes mécaniques de la fonction respiratoire, il y avait lieu de supposer que son intervention devait être, sinon exclusive, du moins prépondérante dans la provocation du réflexe par la traction de la langue, et l'excitation, qui en résulte, des expansions périphériques laryngo-trachéales du nerf en question : d'autant plus qu'il envoie — fait important à notre point de vue — des filets à la base de la langue ; c'est lui, conséquemment, que nous avons eu d'abord en vue dans notre recherche expérimentale.

— Sur un chien vigoureux, déjà soumis, huit jours auparavant, à l'asphyxie par submersion, et ramené à la vie par les tractions linguales, — et constituant ainsi, dans des conditions parfaitement déterminées, un sujet de comparaison pour une nouvelle expérience, — nous pratiquons la section des deux nerfs laryngés supérieurs.

Les effets de l'opération consistent essentiellement, comme d'habitude en cas pareil, en des modifications des mouvements respiratoires, qui deviennent irréguliers, accélérés (28 à 30 par minute au lieu de 16 à 18 normalement), presque entièrement diaphragmatiques, avec accompagnement de quelques nausées.

Nous laissons l'animal au repos, pendant quarante-huit heures, et la plaie cutanée étant alors en bonne voie de cicatrisation, et l'animal lui-même paraissant remis du choc opératoire, bien que conservant les modifications respiratoires qui viennent d'être signalées, nous le soumettons, de nouveau, à la submersion, exactement dans les mêmes conditions que la première fois, et en laissant se prononcer l'état d'asphyxie et de mort apparente, jusqu'à la cessation objective de tout mouvement respiratoire thoracique, des battements perceptibles du cœur, et l'abolition du réflexe oculo-palpébral.

Nous opérons, alors, les tractions rythmées et fortes de la langue, et ce n'est qu'après un temps, qui a été au moins le double de celui de la première expérience, que nous voyons se produire le premier *hoquet inspirateur* ; et nous ne parvenons, ensuite, qu'avec les plus grandes difficultés et grâce à une insistance des plus tenaces, à obtenir le rétablissement et le maintien de la fonction respiratoire et, par suite, le rappel à la vie.

Il ne semble pas douteux que la suppression de l'intervention des nerfs laryngés supérieurs n'ait considérablement amoindri l'action provocatrice, réflexe, des tractions linguales, en réduisant, en majeur partie, le point de départ, l'incitation de ce réflexe.

Il reste encore, en effet, pour expliquer la possibilité persistante, quoique beaucoup plus difficultueuse, de la réalisation du phénomène, l'action des nerfs sensibles de la langue : glosso-pharyngien et lingual, surtout le glosso-pharyngien.

Il s'agissait, en conséquence, pour compléter l'expérience, d'ajouter la section simultanée de ces deux nerfs à celle des laryngés supérieurs.

C'est ce que nous avons tenté ; mais le complexus expérimental met alors l'animal dans un état de si faible résistance, qu'il n'est guère possible de tirer une conclusion ferme du résultat, au point de vue de l'intervention réelle et personnelle des nerfs en question, bien que, rationnellement, cette intervention ne paraisse pas douteuse. Ce que

nous nous croyons autorisé à affirmer, c'est que cette intervention aide et complète celle des laryngés supérieurs, qui est prépondérante dans le mécanisme du phénomène dont il s'agit.

La provocation constante du *réflexe de déglutition* qui précède même, d'habitude, dans ces conditions, la réapparition du réflexe respiratoire, semble donner une importance particulière à l'intervention du glosso-pharyngien, dans le mécanisme physiologique dont il s'agit (1).

Nous venons d'essayer de déterminer le point de départ de ce mécanisme, c'est-à-dire l'élément *sensitif* du réflexe qui le constitue.

Il nous restait à en saisir et déterminer le point d'arrivée, autrement dit l'élément *moteur*.

Ici la démonstration expérimentale ne laisse rien à désirer, elle est topique : c'est le NERF PHRÉNIQUE, et par suite le fonctionnement du diaphragme, qui constituent, pour ainsi dire, le nœud de cette démonstration, et par conséquent du phénomène.

Si, en effet, nous supprimons, par la section complète, toutes les racines (il y en a au moins deux, et quelquefois trois, chez le chien) du nerf diaphragmatique, les tractions linguales, quelques continuées et énergiques qu'elles soient, ne parviennent plus à réveiller, même dans ses moindres apparences, le réflexe inspiratoire, à la suite de la noyade, réalisée, toujours et autant que possible, dans les conditions comparatives où nous nous sommes placé.

Ce résultat est constant et il prouve, de la façon la plus nette, que c'est par la provocation essentielle et la mise en jeu de la fonction respiratoire du diaphragme que se produit l'action des tractions linguales ; en sorte que le mécanisme de cette action s'exprime et se résume dans le fait physiologique suivant :

Excitation primitive transmise au centre bulbo-myélitique par les nerfs sensibles sur lesquels agissent les tractions de la langue, notamment et prédominamment les nerfs laryngés supérieurs et les expansions terminales trachéo-bronchiques des pneumogastriques ; accessoirement les nerfs glosso-pharyngien et lingual ; répercussion réflexe sur les nerfs moteurs respiratoires, et en particulier sur le phrénique, d'où le réveil des mouvements du diaphragme et, par eux, de la fonction respiratoire.

L'observation objective nous a montré, en effet, que c'est bien par le retour des *contractions diaphragmatiques* qu'agit tout d'abord la provocation par les tractions linguales ; car, dans toutes nos expériences se trouve signalé ce fait que les premiers mouvements s'aperçoivent vers le creux épigastrique, à la région abdominale supérieure, ou région diaphragmatique ; très faibles, dès le début, et consistant en un simple soulèvement, ces mouvements s'accentuent progressivement ; puis ils sont suivis du soulèvement concomitant de la paroi costo-thoracique, auparavant silencieux ; et enfin, en dernier lieu, des mouvements respiratoires de la face, c'est-à-dire des narines, qui étaient totalement abolis dans l'état de mort apparente, et qui se rétablissent les derniers ; en sorte que le branle est donné par le réveil du diaphragme, réveil annoncé par l'espèce de hoquet inspiratoire qui ne manque jamais dans le cas de rappel à la vie ; puis viennent et suivent les mouvements respiratoires du thorax, et enfin, en dernier lieu, ceux des ailes du nez : on est alors assuré de la reviviscence de l'asphyxié.

— Il n'est pas sans intérêt de rappeler que, chez le nouveau-né qui accomplit sa première inspiration, c'est également par le fonctionnement du diaphragme que commence le phénomème, ainsi qu'en témoigne l'observation, faite depuis longtemps par les accoucheurs, des mouvements légers, superficiels que l'on aperçoit vers le creux épigastrique et qui s'accentuent progressivement, au fur et à mesure que s'établissent plus largement les contractions diaphragmatiques : cette observation a été faite surtout dans le cas de rappel à la vie par l'insufflation du nouveau-né en état d'asphyxie, et l'effet des tractions linguales a pu en fournir déjà de nouvelles et non moins favorables occasions.

Ainsi se trouve clairement déterminé, par l'analyse expérimentale, le mode d'action, le mécanisme des *tractions systématisées de la langue* dans le traitement de la mort apparente par asphyxie de toute origine ; et ainsi, à l'application et aux résultats pratiques s'ajoute la consécration scientifique du procédé, qui peut être, à bon droit, considéré comme le moyen le plus puissant et le plus efficace, en même temps que le plus simple et le plus facile à mettre en œuvre, pour le rappel du RÉFLEXE RESPIRATOIRE, et par conséquent de la fonction essentiellement constituée par ce réflexe, ou fonction de respiration.

VII

En terminant, je crois devoir signaler à l'Académie, comme application importante et en quelque sorte comme consécration pratique de ces recherches et de la méthode physiologico-thérapeutique qu'elles ont inspirée, une note de M. le Dr H. MARESCHAL, médecin-major de 1re classe, sur les SECOURS A DONNER AUX NOYÉS ET ASPHYXIÉS *et, en général, aux personnes en état de mort apparente*.

Ce travail, qui a paru dans le dernier numéro des *Archives de médecine et de pharmacie militaires*, et qui, conséquemment, a été favorablement apprécié et accueilli par la Commission technique du service de santé près le Ministère de la guerre, présente à nos yeux une valeur telle, au point de vue de la question qui y est traitée, et particulièrement en ce qui concerne le *procédé de la langue*, et une si judicieuse appréciation de ses indications et de son emploi, qu'il nous a paru utile d'en reproduire ici les principaux passages :

Note sur les secours à donner aux noyés et asphyxiés et en général aux personnes en état de mort apparente, par M. H. MARESCHAL, médecin-major de 1re classe.

M. le Dr Laborde, directeur du Laboratoire de physiologie de la Faculté de médecine de Paris, dit M. H. Mareschal, a signalé à l'Académie de médecine (1) un « nouveau moyen de remédier à la mort apparente par submersion ». Outre ses expériences de laboratoire et ses observations cliniques personnelles, il en a cité une, appartenant à M. le

(1) C'est ce qu'a été amené à penser, de son côté, notre ami le professeur E. Gley, qui a eu l'occasion de ramener extemporanément à la respiration et à la vie des animaux tombés en état accidentel de mort apparente, pendant des expériences réalisées pour ses leçons du cours auxiliaire de physiologie.

(1) Séances des 5 juillet, 2 août, 22 novembre 1892.

médecin-major Billot, qui fut assez heureux pour sauver, par ce nouveau moyen, dit « procédé de la langue », un ouvrier asphyxié par les gaz d'égout (1).

Ayant organisé, au 2e régiment de pontonniers, avec le concours de M. le médecin-major Guibbaud, des exercices pratiques et des conférences sur les secours à donner aux noyés, nous avons cru utile d'introduire l'emploi de ce procédé dans une « instruction » qui est distribuée à chaque pontonnier sauveteur et affichée, en outre, dans les divers postes d'équipage.

Ajoutons que les conseils qu'elle renferme sont applicables dans les cas de mort apparente due aux gaz délétères, de même qu'à la fumée d'incendie, au chloroforme, à la strangulation, à la pendaison, à la fulguration, à l'électrocution, à la syncope, à l'asphyxie des nouveau-nés, etc.

Enfin, les cas de submersion et de strangulation des animaux, notamment des chevaux, n'étant pas très rares, le procédé de la langue sera aussi très utilement employé dans ces circonstances.

Cette instruction est ainsi rédigée :

« Aussitôt que le noyé sera retiré de l'eau :

« I. — Après avoir étendu le corps sur le dos en laissant la « tête basse, dégagé le cou en enlevant ou coupant le col et la « cravate, écarté les mâchoires et fait maintenir cet écartement par un aide (n° 2); enfin, débarrassé rapidement la « gorge des mucosités qui peuvent l'obstruer, *on pratiquera « immédiatement le « procédé de la langue »* de la façon suivante :

« L'opérateur (n° 1), saisissant solidement le corps de la « langue entre le pouce et l'index, avec un mouchoir ou un « linge quelconque et même, au besoin, avec les doigts nus, « exerce sur elle, quinze fois par minute, de fortes tractions « rythmées, suivies de relâchement.

« Il est indispensable qu'il se rende bien compte que ces « tractions agissent sur la racine même de la langue et non « pas seulement sur la pointe.

« Tout à fait au début, et seulement pendant les deux ou « trois premières tractions, il sera utile d'introduire l'index « de l'autre main dans l'arrière-gorge, de façon à provoquer « le vomissement.

« En même temps, deux aides (nos 3 et 4) pratiquent la « *« respiration artificielle »*, en opérant simultanément des « pressions énergiques, l'un (n° 3) sur les deux côtés de la « poitrine, concentriques ; l'autre (n° 4) sur le ventre, de bas « en haut. Ces pressions sont faites 15 fois par minute et suivies, chaque fois, d'un relâchement brusque et simultané.

« L'opérateur qui agit sur la langue prononce le commandement : *une*, au moment où il opère la traction, et le com« mandement : *deux*, lorsqu'il fait rentrer la langue dans la « bouche. Les pressions sur la poitrine et le ventre doivent « coïncider avec le commandement : *deux*, et leur cessation, « avec le commandement : *une* (2).

« Ces soins immédiats doivent être appliqués durant au « moins *quinze minutes* (3) pendant lesquelles on fait, dans « la limite des moyens dont on dispose, frictionner et ré« chauffer le patient.

« Il faut ensuite :

« II. — Transporter rapidement le noyé au poste de secours « ou dans un abri proche et bien aéré : le déshabiller, l'es« suyer, l'envelopper avec un peignoir de flanelle et le cou« cher sur un lit en laissant la tête basse. Si le retour de la « respiration ne s'est pas produit, on emploie alors le pro« cédé suivant : « Procédé de Sylvester » pour la respiration « artificielle.

« Après avoir fait saillir la poitrine en passant sous les reins « des vêtements roulés ou un coussin, les mâchoires étant « écartées, et la langue maintenue, autant que possible, « hors de la bouche par un aide placé à califourchon au ni« veau du ventre du patient, l'opérateur agenouillé, à la tête « du noyé, fait ployer les avant-bras, saisit les coudes et les « appuie fortement sur les parois de la poitrine (1er temps) ; « les en écarte horizontalement, de façon que chacun d'eux « forme un angle droit avec le corps (2e temps); les enlève « verticalement en avant de la tête (3e temps); puis les rabat « directement sur les parois de la poitrine (1er temps). La « même manœuvre est même répétée 15 fois par minute, pen« dant dix minutes.

« III. — Ensuite on emploiera de nouveau pendant quinze « minutes le « Procédé de langue » combiné avec celui de « la « Respiration artificielle », ainsi qu'il est dit au § 1. On alter« nera ainsi les deux méthodes pendant une heure au moins.

« IV. — Simultanément, il est utile que d'autres aides « soient occupés à rappeler la circulation et la chaleur par « les moyens suivants :

« Frictions sur tout le corps, la plante des pieds, la paume « des mains avec des gants de crin, des frottoirs de laine, des « linges chauds, etc. ; massage et pétrissage des membres ; « flagellation avec des paquets d'orties, bassinoire ou cruchons « remplis d'eau chaude promenés sur tout le corps, fer à « repasser, briques ou cailloux chauffés, en prenant la pré« caution de ne pas produire de brûlures. Si le noyé fait des « efforts pour respirer, passer rapidement sous le nez ou de« vant la bouche une petite éponge ou un petit linge imbibés « d'ammoniaque ; s'il a des envies de vomir, introduire le « doigt au fond de la gorge. Il ne faut pas lui donner à boire « avant qu'il ait repris ses sens, mais on peut, en vue de le « ranimer, introduire dans la bouche quelques gouttes d'eau« de-vie, de vinaigre, d'alcool camphré, etc.

« On se rappellera qu'il faut toujours secourir un noyé et « insister longtemps. Si la submersion a duré cinq minutes, « on réussit presque toujours ; on a sauvé des noyés après « plus d'une demi-heure de submersion.

« Les infirmiers et les moniteurs de natation seront exercés « d'avance au sauvetage des noyés ; on leur enseignera sur« tout à n'employer que les moyens dits « de fortune », c'est-à« dire les seules ressources qu'ils auront sous la main au mo« ment de l'accident.

« On ne perdra jamais de vue que le succès dépend de la

(1) M. Billot a sauvé, en réalité, par les *tractions linguales*, *deux* des trois asphyxiés qu'il a eu à soigner.

(2) Si l'opérateur est seul ou ne dispose d'aucun aide convenable, il se bornera exclusivement et avant tout au « procédé de la langue », pendant au moins quinze minutes. D'une main, il maintiendra l'écartement des mâchoires, de l'autre, il opérera les tractions.

(3) L'aide n° 2 se fatigue rapidement ; il devra donc, si cela est possible, être remplacé au bout de cinq minutes. Toutefois, il se fatiguera moins vite et son action sera plus efficace, s'il remplace ses pressions manuelles par l'emploi de la « sangle à 3 chefs » et, à défaut de sangle, par un lien quelconque, formant boucle autour de la poitrine, et sur les extrémités duquel il opère des tractions rythmées en sens inverses (par exemple : une corde de 1m,20, une blouse ou une veste roulée par le milieu des manches étant étendues, etc.) Voir figures 3 et 4.

« rapidité des secours et de l'intelligence avec laquelle ils « sont administrés. »

« Sans entrer, ajoute M. Mareschal, dans de longues considérations physiologiques, nous nous bornerons à mentionner que les tractions linguales agissent sur les attaches glosso-laryngées et provoquent le réflexe respiratoire qui se produit par l'excitation des nerfs laryngé supérieur et glosso-pharyngien; elles sollicitent le vomissement (1).

Le point essentiel à retenir est que la langue doit être saisie solidement et qu'il est nécessaire que les tractions soient fortes, de façon qu'on ait la sensation que l'on tire sur la racine même de cet organe, auquel cas la provocation inspiratrice est surtout puissante et efficace.

Malgré la puissance du procédé lingual, il ne fallait certainement pas négliger l'emploi des autres procédés, notamment de la respiration artificielle par les pressions thoraco-abdominales, réalisées non seulement pour provoquer l'hématose, mais encore et surtout pour provoquer les contractions diaphragmatiques, car c'est par là, nous dit M. Laborde, que s'opère la reviviscence fonctionnelle.

Les réflexes auront d'autant plus de chances de se produire qu'ils seront plus tôt provoqués; il y a donc intérêt à ne pas s'attarder à des soins préliminaires; c'est pourquoi, considérant ceux-ci comme accessoires, nous avons cru devoir les passer sous silence; nous reviendrons d'ailleurs plus loin sur ce sujet.

Nous pensons donc pouvoir énoncer que si l'opérateur est seul, il doit tout d'abord employer le procédé de la langue pendant quinze minutes, puis celui de Sylvester, et continuer ses soins en alternant de cinq en cinq minutes l'emploi des deux moyens. S'il dispose d'un ou plusieurs aides, il doit employer simultanément le procédé de la langue et la respiration artificielle par la « méthode combinée » que nous avons décrite.

L'expérience nous ayant démontré la nécessité de donner au public des indications très précises, nous avons cru devoir introduire dans notre instruction l'emploi du commandement « une, deux ».

Quant à la combinaison des procédés de la langue et de Sylvester, il est facile de se rendre compte qu'elle est presque irréalisable, parce que les mouvements imprimés aux bras du patient rendent l'accès de la bouche très difficile pour un aide.

Pourquoi, dira-t-on, donner la préférence (si l'opérateur est seul) aux tractions linguales plutôt qu'au procédé de Sylvester? Parce que, répondrons-nous, les rapports de la Commission de Londres (2) mentionnent que ce procédé n'a jamais pu ramener la vie après une submersion d'une durée supérieure à une minute et quart; tandis que les expériences faites par M. Laborde et ses élèves ont prouvé que le procédé découvert par lui avait fréquemment été suivi de succès, après une submersion continue notablement plus prolongée, de même qu'après des submersions de quatre à cinq minutes, entrecoupées toutefois de quelques retours à la surface de l'eau. En outre, l'observation de M. le Billot (3) et celles qui ont été communiquées à l'éminent physiologiste par un assez grand nombre de médecins, démontrent que les tractions linguales ont réussi là où le procédé de Sylvester avait échoué.

Il paraît donc logique d'accorder la priorité au procédé de la langue si, étant seul, on ne peut employer en même temps la respiration artificielle.

M. Laborde a bien voulu nous initier à la technique de son procédé et nous rendre témoin d'expériences que nous avons répétées ultérieurement. On ne peut se faire une juste idée de la puissance de ce moyen, qu'en assistant à la résurrection de chiens submergés, ne donnant plus aucun signe perceptible d'existence et présentant l'abolition complète du réflexe oculo-palpébral. On est tout surpris, après dix et même quinze minutes de tractions et sans aucun autre moyen adjuvant, de voir réapparaître une, puis plusieurs inspirations successives, et enfin se rétablir la fonction spontanée et totale. La première manifestation du retour à la vie est constituée invariablement par une légère contraction au creux épigastrique, bientôt suivie de plusieurs autres plus accentuées; ensuite, surviennent les mouvements thoraciques, puis ceux des ailes du nez, ainsi que les battements du cœur et le réflexe oculo-palpébral.

Il ne faut pas, toutefois, se faire l'illusion de croire qu'à l'avenir on sauvera tous les noyés. Cette affirmation, qui paraît presque naïve, nous semble cependant ici en situation; ainsi que l'a si bien résumé M. le professeur Brouardel (1), l'asphyxie du noyé n'est pas toujours réalisée par le mécanisme: « Tantôt le noyé succombe immédiatement « après l'accident, tantôt la mort n'arrive que plus tard. « Dans le premier cas, le contact froid de l'eau et le choc « sur les rameaux du trijumeau et sur le laryngé supérieur « suspendent la respiration par inhibition. Les voies « aériennes ne renferment pas d'eau et les procédés de « Sylvester et de M. Laborde sont également utiles.

« Dans le second cas, il peut arriver que le noyé coule à « fond immédiatement et y séjourne. La contraction des « muscles respiratoires empêche la pénétration de l'eau « pendant la première minute, puis ensuite elle pénètre « dans l'arbre respiratoire. Au début, le sujet peut encore « être ranimé.

« Le plus généralement, l'individu se débat, revient à la « surface, enfonce pour y revenir encore, et il se produit « des contractions désordonnées du diaphragme qui amènent le reflux des aliments dans le pharynx, d'où ils pénètrent dans les voies aériennes au moment des efforts « inspiratoires. La quantité d'eau qui pénètre dans le corps « peut être évaluée à un tiers ou à un quart de la quantité « du sang. Dans ces deux derniers cas, le retour à la vie « est beaucoup plus difficile. »

C'est précisément ce qui se passe lorsque l'on fait des expériences de submersion sur des cobayes ou sur des chiens; tel animal resté sous l'eau pendant quarante ou cinquante secondes consécutives pourra n'être rappelé à la vie par aucun moyen, parce qu'il y a eu soit syncope mortelle, soit asphyxie très rapide due à une véritable inondation pulmonaire, alors que tel autre, de même vigueur, sera ranimé par le procédé de Sylvester, après une submersion continue de une minute et quart, et par les tractions linguales,

(1) Voir plus haut le chapitre du mécanisme physiologique.

(2) *Annales d'hygiène et de médecine légale*, 1863; Tardieu (*Expériences de la Commission de Londres sur les procédés de respiration artificielle*).

(3) *Académie de médecine*, séance du 22 novembre 1892.

(1) *Académie de médecine*, séance du 2 août 1892.

après une submersion continue plus longue encore, parce que le mécanisme de l'asphyxie a été différent dans les deux cas. Dans le dernier, la mort n'était qu'apparente, dans le premier, elle était réelle, et tous les moyens devaient échouer ; là où il n'y a plus de vie, la physiologie perd ses droits. Mais on n'en devra pas moins administrer avec persistance des secours à tout noyé ou asphyxié, lors même que l'on supposerait agir sur un cadavre, car ce n'est que l'échec même des moyens employés qui confirmera cette supposition. »

Après être revenu en quelques mots sur le peu d'importance qu'il accorde avec juste raison dans son instruction aux soins préliminaires, M. H. Mareschal conclut ainsi :

« Nous n'hésitons donc pas à prescrire en première ligne l'emploi absolument immédiat de la « méthode combinée » dans laquelle les tractions de la langue ainsi que les pressions sur le thorax de l'abdomen devront être très énergiques. Et, *pour nous résumer*, nous dirons :

Dans tous les cas d'asphyxie où le procédé de Sylvester réussira, le procédé de la langue réussira également.

Dans tous les cas où celui-là sera inefficace, celui-ci *pourra être suivi de succès*.

Donc, il y a lieu de donner toujours à ce dernier la priorité, en l'employant, soit seul, soit mieux encore combiné avec les pressions thoraco-abdominales énergiques.

Enfin, tout en reconnaissant les avantages du peignoir de flanelle et du gant de crin, qui constituent généralement le matériel sommaire et portatif du sauvetage des noyés, nous recommandons de leur adjoindre, comme matériel de première utilité, un « levier en bois » et une « sangle à trois chefs », représentés par la figure ci-jointe. »

M. le Dr Mareschal donne à ce propos une description détaillée avec dessin à l'appui, d'une *sangle* très bien appropriée, et d'un écarte-mâchoires qui est une heureuse modification de l'ouvre-bouche de Larrey. Le lecteur trouvera cette description dans le recueil précité.

Mais nous ne quitterons pas ce consciencieux travail sans exprimer l'espoir que les instructions rédigées par le Dr Mareschal soient adoptées, comme règle, dans l'armée, et aussi dans tous les postes de secours.

BIBLIOGRAPHIE

TEXT BOOK OF THE ERUPTIVE AND CONTINUED FEVERS, par JOHN WILLIAM MOORE, B. A., M. D., M. Ch., Univ. Dublin, etc., etc. Fannin and Co, éditeurs; 41, Grafton-Street, Dublin, 1892.)

Dans ce volume, l'auteur a réuni l'étude des fièvres éruptives et des fièvres continues. Il a divisé cette étude en trois grandes parties. Dans la première, que constitue seule l'introduction, Moore donne un résumé très complet des généralités qui s'appliquent à ces deux grandes classes d'affections : nature intime de la fièvre; nature intime de la contagion; maladies micro-parasitaires, avec les théories de l'immunité de la phagocytose, avec les données actuelles sur les classifications de ces maladies, sur leur cycle et leur mode de développement, leur traitement préventif et leur traitement curateur. Toutes ces questions sont examinées en détail et mises « au point ».

La seconde partie est consacrée aux exanthèmes ou fièvres éruptives. L'étude de chacune d'entre elles est très complète; mais l'auteur s'est particulièrement attaché à celle de la variole et de la scarlatine qui en comprennent presque la moitié. Dans la troisième on trouve le typhus et surtout la fièvre typhoïde, avec chapitres spéciaux sur les rechutes, récidives et recrudescences, et sur certaines formes particulières (fièvre typho-malariale, fièvre muqueuse, forme ambulatoire, etc.) de cette dernière.

Des tracés thermométriques accompagnent la description des maladies et en rendent plus aisée l'étude de l'évolution. En somme, ce volume, tout en restant un manuel, constitue un livre précieux par la méthode avec laquelle il a été conçu, une classification claire des questions qui y sont traitées et la bibliographie très riche qui accompagne chacun des chapitres.

R. F. M.

BULLETIN

A PROPOS DE L'ALCOOL

L'activité scientifique du moment se ressent chez nous de la proximité des vacances, ainsi qu'on peut le constater par la lecture des derniers comptes rendus de l'Académie, où nous trouvons à peine une communication par séance. Celle de mardi dernier, par M. Onimus, se rapporte à des recherches de thermométrie qui ne manquent pas d'un certain intérêt. Notre confrère a cru pouvoir formuler des conclusions précises concernant la valeur du refroidissement vespéral, et il a affirmé la nécessité d'opposer à ce refroidissement des précautions prophylactiques particulières, en vue d'éviter certaines maladies que l'on peut légitimement imputer aux pertes du calorique de notre organisme. Ces données paraissent applicables spécialement aux convalescents et aux valétudinaires, comme ceux qui peuplent les régions du littoral méditerranéen où M. Onimus exerce la médecine et où il a sans doute recueilli la plupart de ses observations. On pourra peut-être aussi les transporter dans le domaine de la clinique, pour en faire tel usage que comporte la réalité des faits sur lesquels notre savant confrère a cru pouvoir les appuyer.

A l'étranger, ces mois de chômage scientifique à peu près universels ne sont pas restés cependant tout à fait stériles : à preuve, les congrès dans lesquels on a discuté des questions importantes, et pris des décisions plus ou moins motivées. Parmi ces questions, celles qui se rapportent à l'hygiène publique méritent une place à part, et c'est pourquoi nous donnerons une mention spéciale au 4e congrès contre l'abus des boissons alcooliques, tenu récemment à la Haye. Les médecins réunis pour discuter sur ce grave sujet n'ont pas fait preuve d'unanimité sur toutes les questions secondaires qui s'y rattachent. Loin de là, et il y a eu des traces de désaccord, même en ce qui concerne un des points les moins discutés jusqu'à présent, savoir la valeur thérapeutique de l'alcool.

Un praticien de Zurich, M. le Dr Forel, a été jusqu'à nier celle-ci, attribuant les bons effets qu'on lui impute à une vulgaire influence de suggestion exercée par le médecin vis-à-vis de son client. M. Wolburg-Schmidt, d'Amsterdam, s'est rapproché de cette opinion à sa manière, en invitant les médecins à ne pas prescrire l'alcool dans les maladies chroniques, attendu que cette prescription a pour effet trop fréquent de répandre dans les ménages le goût des boissons spiritueuses. Un de ses confrères, M. Pearn, de Londres, a fait ressortir aussi les contradictions qui se sont manifestées entre les méde-

cins les plus distingués, relativement à la valeur de l'alcool en thérapeutique. De par ces opinions divergentes, la question se trouve donc posée à nouveau, alors qu'on pouvait la croire dès longtemps résolue!

Prendrons-nous parti pour l'un ou pour l'autre, et donnerons-nous raison à ceux qui admettent l'utilité de l'alcool en tant que médicament, contre les opposants qui lui dénient toute espèce d'efficacité? Nous ne ferons qu'exprimer simplement les doutes qui se sont fait jour sur ce point entre médecins autorisés, nous bornant à rappeler que, dans la pratique, on prescrit trop souvent l'alcool d'une manière banale, sinon à faux, et que d'autre part, on l'administre fréquemment à des doses insuffisantes, fait qui autorise naturellement un certain degré de scepticisme en ce qui concerne les bons effets qu'on lui impute. Puis on ne peut nier que cette sorte d'initiation thérapeutique devient souvent le prétexte inavoué, le point de départ d'habitudes éthyliques qui se perpétuent après la guérison du mal invoqué primitivement comme excuse. Voilà donc matière à restrictions, et à restrictions fortement motivées.

Mais la question du rôle thérapeutique de l'alcool est intimement liée à celle de sa valeur alimentaire, et il se trouve aussi que sur ce dernier chapitre, on constate des traces évidentes de désaccord et d'inatitude. On sait que l'utilité de l'alcool, envisagé comme aliment, a été fort contestée, et nous avons conservé le souvenir d'un débat mémorable dans lequel trois expérimentateurs français, MM. Lallemand, Perrin et Duroy, se prononcèrent délibérément et sans réserves pour la négative. En tout cas, on peut reprocher aux médecins qui admettent l'utilité, ou tout au moins l'innocuité de l'alcool pris à doses modérées, de ne pas savoir préciser la limite où cesse la dose inoffensive, et celle où commence l'abus. Ils sont restés jusqu'à présent sur ce sujet dans un vague trop propice aux objections. Il est clair que la dose doit varier avec les individus, avec leur faculté d'absorption, avec leur genre de vie, etc..., autant d'influences à prendre en considération, lorsqu'on parle de l'abus de l'alcool. Les orateurs du Congrès de la Haye paraissent avoir eu médiocre souci de ces distinctions, pourtant indispensables. Nous leur donnerons plus volontiers raison quand ils insistent sur le danger des boissons falsifiées, qui agissent comme poison du cerveau, et produisent des altérations tantôt réparables, tantôt constituées et irrémédiables. A cette dernière question se rattache étroitement celle de l'influence que la diffusion chaque jour croissante des boissons alcooliques exerce sur la criminalité. Nos confrères étrangers ont bien fait d'insister sur ce dernier côté du problème, le plus grave parmi ceux que soulève l'étude du rôle de l'alcool dans les sociétés modernes. Car chez eux comme chez nous, sans doute, l'expérience a répondu sur ce point dans le sens d'une condamnation définitive et sans appel. P. M.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

UN SINGULIER JUGEMENT

Le Dr Bauzon (de Chalon-sur-Saône) adresse au *Concours médical* la lettre suivante :

Monsieur le Directeur,

Permettez-moi de vous adresser un jugement de justice de paix que je ne qualifierai pas, et de vous demander quelles suites il comporte.

Certains de mes confrères croient que ce jugement doit être transmis à M. le Garde des Sceaux. Car, s'il était admis, nous ne pourrions pas aller en justice de paix.

Je tiens à votre disposition l'expédition de ce jugement; en attendant voici les considérants :

« Attendu que le Dr Bauzon se prétend créancier de Jany de la somme de 20 francs formant le solde d'une créance de 120 francs pour soins médicaux donnés à la femme Jany sur laquelle 100 francs seulement ont été payés;

« Attendu que Jany conteste avoir jamais dû au Dr Bauzon 120 francs, qu'il prétend avoir tenu compte exact des visites qui ont été faites à sa femme; que la somme totale ne s'est élevée qu'à 100 francs par lui payés et qu'il n'est pas douteux qu'en effet 100 fr. ont été payés en différentes fois;

« Attendu que la contestation porte non sur la rémunération de chaque visite, mais sur le nombre des dites visites;

« Attendu qu'aux termes de l'article 1315 du Code civil, celui qui réclame l'exécution d'une obligation doit la preuve; que, quelque honorable que soit le demandeur, il ne saurait se soustraire à faire cette preuve par les moyens légaux;

« Attendu qu'aux termes de l'article 1331 du Code civil les registres et papiers domestiques ne sont point un titre pour celui qui les a écrits; qu'ils ne sont même pas susceptibles de former un commencement de preuves par écrit, suffisant pour autoriser le juge de paix à déférer le serment et encore moins à autoriser la preuve testimoniale.

« Attendu qu'aucune autre preuve n'a été offerte; qu'ainsi la demande n'est pas juridiquement justifiée par ces motifs;

« Statuant en dernier ressort, disons la demande non justifiée. Déboutons le Dr Bauzon de sa demande et renvoyons Jany sans dépens, lesdits dépens liquidés à la somme de 7 fr. 50, non compris le coût du présent jugement. Ainsi jugé et prononcé en audience publique ordinaire de la justice de paix du canton nord de Chalon. Et tenue en la salle accoutumée à Chalon, Hôtel-de-Ville, le samedi 19 août 1893, par nous Joseph-Ferdinand Michaud. »

Ces considérants me suggèrent les réflexions suivantes :

1° Il est étrange et peu habituel de voir un débiteur commencer à payer sa dette avant d'être d'accord avec son créancier, sur le total de la somme due;

2° Il est inouï pour un juge de paix d'accepter un compte établi pour le débiteur sur une simple feuille de papier, et alors qu'il taxe lui-même le prix des visites à sa fantaisie (par exemple 4 francs pour des visites de nuit);

3° La théorie de M. le juge de paix permettrait à tous nos débiteurs de récuser leurs dettes, si nos livres ne doivent plus faire foi;

4° Quels pourraient bien être alors les moyens légaux de preuves demandés par M. le juge de paix?

5° Il n'est pas inutile de faire remarquer que le Dr Bauzon a bien voulu produire ses livres alors qu'il n'y était pas tenu. — Pourquoi, s'ils ne faisaient pas titre, M. le juge de paix les avait-il demandés?

6° Enfin, pour une audience précédente, devant le même juge Michaud, le même Jany n'avait pas craint d'invoquer la prescription et de lever la main pour une note de 55 francs réclamée par notre confrère le Dr Cases.

J'ajoute que j'ai cru devoir donner connaissance à Monsieur

le juge de paix de quelques jugements relevés dans le *Concours médical*. Je les transcris ci-contre :

« 1° Avis de jurisconsultes :

« Lorsque la somme ne dépasse pas 150 francs, la preuve par témoins et par simple présomption étant admissible, les livres des médecins doivent tout au moins servir de présomption et par suite faire la preuve contre le client;

« 2° Le Tribunal de Lisbonne vient de décider que la nature particulière de l'exercice de l'art médical dispense les praticiens, soit de l'apport d'une preuve écrite, soit d'une justification par témoin dunombre de leurs visites, dès lors qu'ils produisent des documents de comptabilité d'un caractère suffisamment probant. »

Il y a mieux :

« Tribunal civil de la Seine (7e Chambre).

« Audience du 8 décembre 1884.

« Le client qui ne paie pas comptant le médecin aux soins duquel il a recours doit être considéré comme s'en étant rapporté aux notes du docteur pour constater le nombre des visites faites; en conséquence, lorsque le client conteste le nombre des visites réclamées, c'est à lui qu'incombe la charge de la preuve. »

VARIÉTÉS

DE LA FAÇON D'ALLAITER LES ENFANTS CHEZ LES DIFFÉRENTS PEUPLES.

En Europe, et en général chez tous les peuples civilisés, les femmes donnent tout leur temps à l'allaitement des enfants. Aussi, peuvent-elles s'asseoir, appuyer l'enfant sur leurs genoux, pendant qu'une main soutient la tête et que l'autre au besoin dirige le sein. L'allaitement devient alors une occupation pleine de charmes qu'ont chanté et célébré à l'envi nos peintres et nos poètes.

Dans la vie sauvage, les nécessités de l'existence ne permettent pas de pareils loisirs; la femme qui allaite doit continuer à travailler comme par le passé; son seigneur et maître la force aux occupations les plus pénibles, voire même à labourer la terre. Aussi, dans une grande partie de l'Afrique, chez les Ashantis, au Quango et chez les Hottentots, les femmes portent l'enfant sur le dos serré à la taille au moyen du pagne, leur seul vêtement; de cette façon, ils ont le libre usage des mains. Si l'enfant a envie de téter, la Hottentote lui passe la tête sous son aisselle pour qu'il puisse prendre le sein. Chez la négresse, la manœuvre est encore plus facile. Tout le monde connaît l'énorme volume que prennent chez elles les mamelles. Elles descendent, comme des gourdes, jusqu'au nombril. Cette disposition leur est d'une grande utilité; elle permet de passer le sein à l'enfant juché sur le dos, en le jetant soit au-dessus des épaules, soit par dessous les aisselles. Et la femme continue son travail!

Toutes les négresses néanmoins n'emploient pas cette manœuvre. Dans l'Afrique centrale, elles ont l'habitude de porter l'enfant sur la hanche, soit qu'elles le maintiennent avec le bras, soit que, comme les Niams-Niams, elles l'amarrent solidement à leur corps au moyen d'un lacs large et transversal. La tête de l'enfant vient à l'épaule de la mère et il suffit à celle-ci d'élever un peu son sein pour qu'il lui arrive à la bouche. Les Javanaises pratiquent la même méthode, mais l'enfant repose plus commodément, le corps soutenu dans une sorte de châle prenant point d'appui sur l'épaule opposée.

Il ne faudrait cependant pas s'imaginer que nous sommes arrivés à donner les plus grandes commodités à nos enfants pour les allaiter. Les peuples de l'Asie occidentale, Gruses, Arméniens, Maronites, Tatars..., nous dépassent beaucoup sur ce point. L'enfant a-t-il envie de téter, la mère ne le dérange pas de son berceau, mais elle s'agenouille à côté et, prenant point d'appui sur la barre supérieure du petit lit, elle incline sa poitrine au-dessus de lui et lui présente le sein. L'enfant pour s'alimenter reste dans la même position que pour dormir.

Il ne faudrait pas croire non plus que tous les sauvages procèdent avec le sang-gêne des négresses. Beaucoup, en Amérique et en Océanie, interrompent tout travail et prennent l'enfant dans leurs bras lorsqu'il réclame le sein. Mais l'habitude des sièges est peu répandue chez les sauvages, et, pour se reposer, les femmes s'accroupissent, s'agenouillent ou croisent leurs jambes comme nos tailleurs. Dans l'attitude accroupie, il est impossible de reposer l'enfant sur les genoux. La femme le maintient alors horizontalement à une certaine hauteur au moyen de ses bras croisés; telle est la coutume dans la Colombie britannique. Les Araucaniennes et les femmes de l'Arizona se couchent à demi, les deux jambes portées latéralement du même côté et le corps droit. Elles placent l'enfant sur les genoux ainsi surélevés et celui-ci parvient au sein.

La durée de la lactation influe également sur la position. On sait que cette durée est très variable suivant les peuples. Tandis qu'elle est de moins d'un an chez les Samoars, les Hottentots, elle est de 1 à 2 ans chez les Arméniens, les Tatars d'Érivain. Elle atteint 2 ans chez les Perses, les Marocains, les Égyptiens, les habitants du Nil; 3 ans en Australie, en Chine, au Japon, au Siam; 4 ans chez les sauvages d'Orégon et de Californie... Enfin, les gens des Carolines allaiteraient les enfants jusqu'à 10 ans; les Indiens de l'Amérique du Nord jusqu'à 12 ans et les Esquimaux jusqu'à 14 et même 15 ans.

Quand l'enfant est un peu âgé et qu'il marche, il saisira le sein de sa mère sans que celle-ci s'en occupe.

Aux îles Viti, la mère donne le sein à ses enfants à la façon d'une lionne, dit Ploss. En Guyane britannique, il n'est pas rare de voir un enfant de 3 à 4 ans se tenir devant sa mère et boire à un de ses seins, tandis que l'autre est occupé par un enfant en bas âge qu'elle porte dans ses bras. La même coutume s'observe au Japon. (*Médecine moderne.*)

NOTES ET INFORMATIONS

XIe Congrès international de médecine de Rome (avril 1893). — Nous recevons de M. le Dr Marcel Baudoin, secrétaire du Comité français d'initiative et de propagande, la lettre suivante :

Paris, le 20 septembre 1893.

Monsieur et très honoré confrère,

An nom du Comité français d'initiative et de propagande du XIe Congrès international de médecine, j'ai l'honneur de vous annoncer que, par décision du Comité central italien, en date du 30 juillet dernier, le XIe Congrès, qui devait avoir lieu à Rome du 24 septembre au 1er octobre prochain, est renvoyé au mois d'avril 1894 (1).

(1) Un avis, qui sera inséré ultérieurement dans tous les journaux de médecine, annoncera la date à laquelle commenceront les opérations du Congrès.

Une note, communiquée à la presse médicale par le Comité exécutif indique, d'une façon très précise quel est le seul motif de cet ajournement.

Tous les souscripteurs, qui ont versé le montant de leur cotisation au secrétariat général du Comité français, et qui, n'ayant plus l'intention de se rendre à Rome en 1894, désireraient être remboursés, doivent adresser tout de suite au secrétaire général de ce Comité une demande écrite de remboursement. Cette demande sera immédiatement transmise au Comité français qui avisera dans le plus bref délai.

Je crois devoir faire remarquer pourtant, à titre de simple renseignement, que jusqu'à présent aucune demande de remboursement n'a eu lieu en Italie on dans les autres pays. J'ajoute que la cotisation demandée à chaque adhérent ne doit pas être considérée comme une contribution aux frais généraux du Congrès et qu'elle a toujours représenté, dans les sessions précédentes, le prix de revient des volumes des comptes rendus. Or, le renvoi du Congrès n'annule en aucune façon cette publication ; il en recule seulement la date.

Je n'ai pas besoin d'insister longuement, au point de vue des agréments du voyage, sur les avantages de cet ajournement ; d'ailleurs comme par le passé, je reste à la disposition de toutes les personnes qui, sur ce point spécial, seraient heureuses d'obtenir des renseignements plus circonstanciés.

Veuillez agréer, Monsieur et très honoré confrère, l'assurance de mes sentiments les plus distingués.

Le Secrétaire général MARCEL BAUDOIN.

L'exercice de la médecine dans les colonies. — Cette question vient d'être réglée, en principe, dans les bureaux du ministère. En raison de l'insuffisance des médecins civils, dans certaines colonies, les médecins des colonies pourront, sous le contrôle des gouverneurs, donner des soins rémunérés aux colons, à la condition, paraît-il, de « ne point réclamer leurs honoraires » par les voies judiciaires. Cette autorisation tacite d'exercice impliquera, pour ceux qui en profiteront, l'obligation de payer la patente, et sera révocable le jour où les médecins civils, en nombre suffisant, assureront les services médicaux aux habitants.

Des instructions dans ce sens ont été adressées déjà aux commandants supérieurs du Bénin et du Soudan français, et au gouverneur général de l'Indo-Chine.

Legs Gager. — Par décret, en date du 3 avril 1893, rendu sur le rapport du président du Conseil, ministre de l'intérieur,

La Commission générale de la Société des secours mutuels des médecins du département de la Seine, reconnue comme établissement d'utilité publique par décret du 16 mars 1851, est autorisée à accepter le legs de la nue propriété d'une somme de 20.000 francs fait à cette association par M. le Dr Gager (Jean-Louis-Alphonse) suivant son testament public du 17 juillet 1877.

Lors de l'extinction de l'usufruit, le produit de cette libéralité sera placé conformément aux statuts.

La direction de l'administration générale de l'Assistance publique de Paris est autorisée à accepter aux clauses et conditions énoncées, au nom du bureau de bienfaisance du XIXe arrondissement de cette ville, le legs fait à cet établissement par M. le Dr Gager (Jean-Louis-Alphonse), suivant son testament public du 17 juillet 1877 et consistant dans la nue propriété d'une somme de 30.000 francs.

Lors de l'extinction de l'usufruit, le produit de cette libéralité sera placé en rentes 3 0/0 sur l'Etat au nom du bureau de bienfaisance du XIXe arrondissement et mention sera faite sur l'inscription de la destination des arrérages.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris.

Par arrêté en date du 22 septembre, sont institués pour un an, chefs de clinique MM. les Drs Lafourcade, Wallich, Wickham, Souques ; chef adjoint de clinique M. Gastou.

Faculté et Ecoles des Départements.

Faculté de médecine de Bordeaux. — Par arrêté du 22 septembre, MM. Lamarque (Henri-Lucien), Oui (Marcel-Léon-Jules), Beausoleil (Jean-Raymond) sont nommés aides de clinique.

Faculté de médecine de Lyon. — Par arrêté du 22 septembre, sont nommés chefs de travaux de laboratoire pour l'année scolaire 1893-94, MM. les Drs Mondan, Dor, Roux, Bret, Didelot, Vialleton, Coutagne, Bouveault, Bard, Doyon, Rodet, Barral, Beauvisage, Rochet, Frenkel ; MM. les pharmaciens Métroz et Deroide.

Faculté de médecine de Montpellier. — Par arrêté du 22 septembre, sont nommés pour deux ans, aide d'anatomie : M. Itié (Louis-Gonzave-Henri-Marius-Jean) ; aides de clinique : MM. Malzac (Louis-Jean-Ferdinand), Jalabert (Adolphe) ; est intitulé prosecteur pour une période de trois ans, M. Vires (Joseph-Guillaume-Norbert).

Ecole de médecine et de pharmacie d'Alger. — Par arrêté du 22 septembre, M. Fleury, professeur de pharmacie et matière médicale à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours, est sur sa demande et à partir du 1er novembre 1893, réintégré dans les fonctions de suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale à l'Ecole d'Alger.

M. Cochez (Achille-Jean-Louis), docteur en médecine, est institué pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales.

Hôpitaux de Paris. — AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE. (Année 1893-1894.) Saison d'hiver. — MM. les élèves internes et externes des hôpitaux et hospices sont prévenus que les tribunaux anatomiques commenceront le lundi 2 octobre 1893.

Des conférences sur l'histologie normale et pathologique seront faites par M. le Dr Lesage, chef du Laboratoire.

MM. les élèves seront chaque jour exercés, sous sa direction, au maniement du microcope.

Nota. — Les microscopes et autres instruments nécessaires aux recherches histologiques seront mis gratuitement à la disposition de MM. les élèves par l'administration de l'Assistance publique.

CONCOURS DE L'EXTERNAT. Le jury du concours est composé de MM. Bonnaire, Giraudeau, Achard, Widal, Delbet, Rochard, sauf modifications.

Bulletin hebdomadaire de Statistique municipale.

DÉCÈS NOTIFIÉS DU 24 AU 30 SEPTEMBRE 1893

Fièvre typh., 14.—Typhus, 0.—Variole, 7.—Rougeole, 5.—Scarlatine, 4. — Coqueluche, 2.— Diphtérie, croup, 21.— Grippe, 0. — Affections cholériformes, 0. — Phtisie pulmonaire, 206. — Méningite tuberculeuse, 10. — Autres tuberculoses, 6. — Tumeurs cancéreuses et autres, 57. — Méningite, 16 — Congestion et hémorrhagie cérébrale, 36 — Paralysie, 7. — Ramollissement cérébral, 4. — Maladies organiques du cœur, 46. — Bronchite aiguë et chronique, 25. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 32 — Autres affections de l'appareil respiratoire, 38. — Gastro-entérite des enfants : sein, biberon et autres, 58. — Fièvre et péritonite puerpérales. 4. — Autres affections puerpérales, 2. — Débilité congénitale, 34. —Sénilité, 13. — Suicides, 14. — Autres morts violentes, 13. — Autres causes de mort, 131. — Causes inconnues, 6. — Total : 811.

Le Rédacteur en chef et Gérant : F. DE RANSE.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame. — *Téléphone.*

64e Année. 8e Série. Tome II N° 41 14 octobre 1893

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Rédacteur en chef : M. le Dr F. DE RANSE

Comité de Rédaction : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN
J. ARNOULD (de Lille), P. FABRE (de Commentry), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon)

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, avenue Montaigne (Rond-Point des Champs-Élysées)

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

CAS DE FOLIE CONSÉCUTIVE A UNE OVAROSALPINGECTOMIE (1) ;

Par le Dr E. Régis,
Chargé de cours à la Faculté de Bordeaux.

En France, on ne s'est guère occupé jusqu'à ce jour du traitement chirurgical de la folie et je ne crois pas, en particulier, qu'on y ait jamais pratiqué l'ablation des ovaires, chez les femmes aliénées, dans un but exclusivement thérapeutique. Il n'en est pas de même dans d'autres pays, surtout aux États-Unis, où l'oophorectomie aurait récemment pris dans les asiles une extension considérable. En tout cas, la question de l'ablation des ovaires comme moyen curatif des psychoses est devenue chez nos confrères d'Amérique une question passionnante, presque irritante, ainsi qu'on peut en juger à la lecture du numéro de janvier 1893 de l'*American Journal of Insanity*, qui contient à cet égard une série de notes et de documents des plus suggestifs. Si je ne me trompe, la majorité des aliénistes du pays semble vouloir contester à cette opération toute influence favorable sur l'état mental, et certains même n'hésitent pas à la considérer, dans l'espèce, comme une mutilation inhumaine, inexcusable et illicite. C'est là, notamment, l'opinion de Thomas G. Morton, chirurgien de l'hôpital de Pensylvanie et président de la Commission des aliénés de Philadelphie et aussi celle de Thomas W. Barlow, membre légal de la Commission des aliénés. Tous deux condamnent l'ovariotomie thérapeutique, chez les aliénées, comme une action injustifiable, illégale, et susceptible de faire courir des risques de poursuite criminelle à ceux qui la pratiquent en dehors des cas où la vie est en danger.

Ainsi que le fait justement remarquer l'éditeur de l'intéressante Revue américaine, il y a là à la fois une question médicale, ou de traitement, et une question légale, ou de déontologie professionnelle. Je ne dirai rien de cette dernière qui varie évidemment suivant les contrées et les milieux, et je me borne à faire observer qu'en France, où les médecins relèvent avant tout de leur conscience, si un aliéniste, après avoir pris l'avis de confrères éclairés, obtenu l'assentiment de la famille, s'être entouré en un mot de toutes les garanties désirables, se décidait à une opération chirurgicale quelconque chez un des sujets à lui confiés, il est probable que les autorités administratives ou judiciaires se garderaient d'intervenir, à moins d'abus formel. Encore est-il bon de remarquer que notre tempérament, en dépit de légendes plus ou moins justifiées, nous met en garde dans une certaine mesure contre les entraînements de la chirurgie à outrance et que, chez nous, les inspecteurs généraux n'auront jamais à faire acte d'autorité, comme en Amérique, pour interdire aux médecins d'asiles l'abus d'expérimentations et de mutilations opératoires chez leurs malades.

Le côté important de la question, celui qui prime tous les autres en réalité est le côté médical, c'est-à-dire le point de savoir quel peut être, dans un cas déterminé, l'effet de l'ablation des ovaires et des trompes sur l'état mental d'une femme aliénée. Ici, les faits peuvent seuls répondre. Or, à l'heure actuelle, ces faits ne sont ni assez probants pour qu'il soit permis d'en dégager une conclusion quelconque et nous nous trouvons provisoirement en présence de deux opinions absolument contradictoires : 1° d'une part celle du Dr Alice Bennett, chargée du département des femmes de l'Asile de Norristown qui, sur 6 cas récents d'ablation des annexes par section abdominale, aurait obtenu : dans 3 cas, la guérison physique et mentale ; dans 1 cas, la guérison physique et une amélioration mentale très marquée avec probabilité de guérison ; dans 1 cas d'épilepsie d'origine puerpérale, l'amélioration des accidents convulsifs sans amélioration mentale correspondante ; dans 1 cas enfin, la mort, survenue par péritonite six jours après l'opération ; 2° d'autre part, l'opinion du Dr Thomas G. Morton qui soutient, non seulement que l'oophorectomie est incapable d'avoir un effet salutaire sur un trouble mental préexistant, mais encore quelle peut, chez des personnes saines jusqu'alors, déterminer l'éclosion de diverses névroses et même de la folie. Il existe, en effet, déjà d'assez nombreux cas de ce genre cités par les gynécologistes (1). Je rappelle également à ce propos, que, dans la séance du 18 novembre 1892 de la Société médicale des Hôpitaux de Paris, M. le professeur Debove a rapporté un cas d'hystérie développée chez une femme ovariectomisée et que, dans la discussion qui suivit, M. Desnos déclara à son tour avoir observé deux fois l'aliénation mentale à la suite d'ovariectomies. Il s'ensuivrait donc que l'ablation chirurgicale des annexes chez les femmes serait une arme

(1) Travail communiqué à la Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux, dans la séance du 2 juin 1893.

(1) Vène. *Étude sur les délires post-opératoires*, th. de Paris, 1891.

à deux tranchants, dispensant suivant les cas le bien ou le mal, rendant aux uns la raison et provoquant chez les autres la folie.

Je n'ai jamais, pour ma part, fait ou vu pratiquer l'ovariectomie chez les aliénées dans un but de thérapeutique mentale ou simplement chirurgicale et je ne connais rien, par conséquent, des résultats possibles de cette opération sur la marche de la folie. En revanche, je dois à l'obligeance de mon distingué confrère et ami, le Dr Loumeau, d'avoir pu observer, dans ces derniers temps, un cas très intéressant de psychose survenue à la suite de l'ablation des ovaires et des trompes.

Bien que la malade dont il s'agit soit encore en cours d'observation et de traitement, j'ai cru pouvoir, d'ores et déjà, vous la présenter et vous résumer son histoire, telle que, le temps pressant, j'ai dû l'adresser à nos confrères d'Amérique en vue de la discussion qui doit avoir lieu dans quelques jours à ce sujet, au Congrès international de médecine de Chicago.

OBSERVATION.

Mme X... israélite, mariée, est âgée de 35 ans. C'est une personne d'intelligence moyenne, mais d'un grand bon sens, peu développée physiquement et qui compte, dans une collatéralité assez éloignée, deux précédents d'aliénation mentale. Son père lui-même serait mort de chagrin à 68 ans, à la suite de la perte accidentelle d'un de ses fils. Enfin une de ses sœurs serait morte à 38 ans, d'une affection cancéreuse de la matrice. En ce qui la concerne, elle n'a jamais eu de grave maladie et ne présente aucune trace d'alcoolisme ou de syphilis. Mariée il y a quinze ans, elle a fait d'abord trois fausses couches et a eu finalement deux enfants, tous deux vivants et bien portants.

C'est à la suite d'une fausse couche, survenue il y a neuf ans, qu'elle a commencé d'éprouver des troubles morbides du côté des organes génitaux. Ici, je laisse la parole au Dr Loumeau dont je copie textuellement, en ce qui concerne la question chirurgicale, l'intéressante observation :

« La malade a présenté, depuis cette époque, de la dysménorrhée, des douleurs abdominales, des péritonites multiples et elle a été soignée à différentes reprises, par la cautérisation du col utérin. Je la vois pour la première fois en avril 1890. Elle est incapable de marcher et même de se tenir debout. Son ventre est volumineux, empâté, douloureux. Au toucher vaginal, on constate un empâtement péri-utérin chaud, sensible à la pression. Au toucher rectal, on trouve une tumeur rétro-utérine bombant dans le rectum, dont elle oblitère parfois complètement la lumière, douloureuse, pulsatile et fluctuante, surtout aux époques menstruelles, déterminant des épreintes rectales et un écoulement glairo-sanguinolent par l'anus.

« Pendant trente mois, décubitus horizontal absolu, injections vaginales très chaudes, pansements vaginaux, bains fréquents, vésicatoires répétés sur le ventre, mais impossibilité constante d'instituer un traitement intra-utérin à cause d'une rétroflexion irréductible. En octobre 1892, ventre plat et souple partout, sauf au-dessus du pubis et dans la région iliaque, où persiste un empâtement douloureux. La malade, intelligente, confiante et docile, accepte avec joie l'opération que je lui propose comme devant la guérir.

« *Opération.* — Laparotomie pratiquée le 20 octobre 1892, avec le concours de MM. Monod, chirurgien des hôpitaux, et Duclos, externe des hôpitaux. Cathétérisme préalable de la vessie d'où sort une trentaine de grammes d'urine limpide. Incision médiane de la paroi de quatre travers de doigt; adhérences péritonéales unissant la paroi abdominale à l'utérus et formant une gangue épaisse, qu'il faut disséquer et réséquer pour pouvoir ramener en avant le fond de l'utérus et les annexes. Ablation totale des ovaires et des trompes; hystéropexie antérieure par le procédé de Léopold. Suture de la paroi, pansement. Le cathétérisme, pratiqué avec une sonde de verre après la fermeture du ventre, donne seulement issue à quelques gouttes de sang, ce qui fait croire à une lésion de la vessie qui a passé inaperçue pendant l'opération. Réouverture immédiate du ventre. Je constate que la vessie a été réséquée d'un large lambeau correspondant à la portion libre du réservoir vésical. Reste seule la portion adhérente à l'utérus et au vagin. Impossibilité de reconstituer par des sutures une cavité vésicale suffisante. Je suture le péritoine au-dessus de ce qui reste de vessie, de manière à fermer entièrement par en haut la cavité péritonéale et à former au-dessous de cette cavité une loge, close de tous côtés, où je marsupialise le moignon vésical à la paroi abdominale. Puis j'installe les tubes de Périer-Guyon, comme après une taille hypogastrique classique. Durée totale de l'opération une heure et demie. Dose de chloroforme absorbée : 100 grammes.

« *Examen des annexes enlevées.* — Les trompes et les ovaires sont augmentés de volume, congestionnés, mais n'offrent ni kyste, ni abcès, ni épanchement sanguin. A la coupe, on trouve sur le tissu ovarien de petits points blanchâtres qui rappellent l'aspect des tubercules.

« L'examen histologique confié au professeur d'anatomie pathologique de la Faculté, n'a pu encore être pratiqué.

« *Suites opératoires.* — Très simples. La température n'a jamais dépassé 37°5. Toutes les sutures sont enlevées le 3 novembre ainsi que les tubes hypogastriques et je place une sonde de Malécot à demeure dans l'urètre et la vessie. Le 15 décembre, la cicatrisation est complète au-dessus du pubis. La miction se fait normalement par l'urètre, mais pas plus souvent, dit la malade, qu'avant l'opération, car depuis bien longtemps, ajoute-t-elle, elle était obligé d'uriner à tout instant, et ne rendait chaque fois que quelques gouttes, fait sur lequel elle n'avait d'ailleurs jamais attiré mon attention. Cette fréquence pré-opératoire de la miction s'explique aisément par la diminution de la capacité vésicale, diminution due aux adhérences qui avaient étalé et renversé la vessie contre la paroi abdominale et la face antérieure de l'utérus.

« Depuis l'opération, les règles n'ont jamais reparu et la matrice a conservé l'attitude normale assurée par l'hystéropexie. Plus de désirs sexuels, frigidité absolue. Ventre mou et indolent. La malade marche toute la journée sans éprouver la moindre fatigue. Actuellement, 27 mai 1893, la miction a lieu en moyenne toutes les trois heures; la vessie peut tolérer 360 grammes de liquide, ce qui paraît invraisemblable étant donné le peu d'étoffe qui a servi à reconstituer le réservoir vésical. »

Tel est, au point de vue chirurgical, le résumé de l'observation que M. Loumeau se propose de publier à part (1) et d'une façon tout à fait détaillée, en raison des nombreux

(1) Ce travail a paru dans le *Journal de Médecine de Bordeaux*, nos 32, 33, 34, août 1893. N. D. L. R.

points d'intérêt qu'elle présente. Abordons-en maintenant le côté mental.

Le 28 octobre 1892, huit jours après l'opération, Mme X..., qui n'avait rien offert d'anormal jusque-là, fut prise assez brusquement de troubles psychiques qui, tout d'abord, se présentèrent avec les allures d'un délire toxique, caractérisé par des hallucinations de la vue de nature terrifiante. Elle voyait Béhanzin dans son lit, apercevait des têtes de mort, des fantômes et croyait que diverses personnes, notamment les médecins qui l'avaient assistée, étaient cachés derrière les rideaux ou dans la cheminée. Au bout de quelques jours, ces phénomènes disparurent, mais le trouble mental se modifia en s'accentuant et la malade est tombée ainsi progressivement dans une sorte de confusion d'esprit avec torpeur intellectuelle et physique, idées mélancoliques et hallucinations. Elle s'imagine qu'elle a de mauvaises idées, qu'elle pense et dit du mal de tout le monde sans le vouloir et malgré tous ses efforts pour s'en empêcher. Pense-t-elle à une personne, parle-t-on devant elle d'une connaissance ou d'un ami, ou simplement aperçoit-elle quelqu'un, même pour la première fois, aussitôt une suggestion malveillante à son égard surgit dans son esprit. De même, si on lui adresse la parole ou si on parle en sa présence, certains mots prononcés se fixent en elle, y font écho et déterminent contre son gré un courant automatique de réflexions de même nature. Cela la désole au plus haut point et d'autant plus qu'elle proteste avoir toujours été une honnête femme, incapable de la moindre médisance et de la moindre mauvaise action. Sous l'influence de son chagrin de se voir ainsi le jouet d'idées répréhensibles contre lesquelles elle lutte vainement, elle a cessé toute occupation, a perdu le sommeil, l'appétit et a presque, à un moment, désiré mourir; en un mot, elle est tombée dans un état de véritable mélancolie, conservant néanmoins toujours un certain degré de conscience et de lucidité. Parfois elle est excitée, ne tient pas en place, se met en colère, invective et frappe ses enfants ou, s'injuriant elle-même, elle s'écrie en se frappant la tête : « Que dis-tu ? Quelle est ta pensée ? C'est affreux ! » D'autres fois, elle reste de longues heures inerte et passive sur sa chaise, comme absorbée dans sa méditation.

Cet état mental s'aggrave peu à peu et lorsque je vois pour la première fois la malade, le 14 mars 1893, je la trouve distraite, à demi-hébétée, répondant à peine, comme étrangère aux choses ambiantes et uniquement préoccupée des agitations de sa pensée. En l'examinant avec soin, je constate qu'elle ne prononce pas réellement, comme elle le croit, de paroles compromettantes, mais qu'elle les formule intérieurement, en un langage purement mental. Il s'agit là, chez elle, du premier degré de ces hallucinations psycho-motrices verbales, si bien mises en lumière par M. Séglas et sur lesquelles j'ai déjà appelé ici l'attention dans un travail récent. Lorsqu'en effet il lui vient à l'idée quelqu'une de ces suggestions malveillantes ou injurieuses qu'elle se reproche, la stimulation du centre cortical moteur du langage qui l'accompagne est telle que cette suggestion tend spontanément à se traduire sous forme articulée, c'est-à-dire en une hallucination orale ; mais l'articulation ne dépasse pas ici le premier degré, à savoir la formulation purement intérieure, mais muette des mouvements de la parole et parfois même jusqu'à la prononciation à haute voix (impulsion verbale). La malade a en même temps quelques hallucinations psycho-sensorielles auditives. Elle entend des chuchotements, venant soit de l'étage au-dessus, soit du dehors; mais ces voix, confuses et difficilement appréciables, sont bien loin d'avoir pour elle l'importance des voix intérieures, des hallucinations psycho-motrices. Celles-ci représentent véritablement l'élément prédominant de sa folie, l'objet de ses constantes préoccupations, et elles l'entretiennent dans un état permanent de tristesse, de distraction et de frayeur. A certains moments même, elle va, comme nous l'avons vu, jusqu'à se frapper la tête pour s'empêcher de mal penser et il lui arrive d'arrêter sa respiration en gonflant son ventre et en fermant ses lèvres avec effort pour étouffer cette sorte d'écho mental intérieur qui lui est si pénible. Elle mange avec difficulté et fait des scènes pour se mettre à table; elle est constipée et ne dort pas.

C'est dans cet état que Mme X... se présenta à mon observation. Si son trouble intellectuel offrait par lui-même quelque intérêt, il en présentait un bien plus grand encore par le fait de son origine. Tout en reconnaissant en effet la large part qui revient ici à l'hérédité comme cause prédisposante, il est évident que le motif véritablement occasionnel, déterminant de la maladie, a été l'opération chirurgicale, agissant par l'action complexe du traumatisme physico-moral, de l'agent anesthésique, et principalement peut-être par les modifications biologiques apportées dans l'économie par la suppression d'organes aussi importants que les ovaires, ainsi que cela a lieu, on le sait, à la suite de l'ablation du corps thyroïde. Aussi, M. Loumeau et moi pensâmes-nous qu'il n'y avait aucun inconvénient et qu'il pouvait même y avoir avantage à essayer chez la malade des injections sous-cutanées de suc ovarien, comme on a fait nombre de fois déjà et avec succès des injections de suc thyroïdien dans le myxœdème, spontané ou opératoire. Pour réaliser ce mode de traitement avec toutes les garanties désirables, nous eûmes recours à l'obligeance de M. le Dr Ferré, professeur de médecine expérimentale à la Faculté, qui voulut bien se charger de préparer lui-même le liquide ovarien avec le filtre à pression carbonique de d'Arsonval et de pratiquer les injections dans les conditions d'asepsie les plus rigoureuses.

Les injections, commencées le 5 avril, ont été continuées journellement et pour ainsi dire sans interruption jusqu'à aujourd'hui. Faites dans la région du dos, à des doses variant entre un demi-centimètre cube et deux centimètres cubes et demi de solution au 1/10, elles n'ont jamais été suivies de phénomènes douloureux, d'accidents locaux, ni de réaction générale fâcheuse. Voici, du reste, à peu près textuelle, la note détaillée que mon excellent ami le professeur Ferré a bien voulu me communiquer et qu'il a rédigée au jour le jour.

« Le 5 avril 1893, injection dans la région intra-scapulaire d'un demi-centimètre cube de liquide ovarien de truie au 1/10, préparé strictement d'après les indications de Brown-Séquard et d'Arsonval, filtré sous pression d'acide carbonique à 56 atmosphères.

Le 6 avril : injection de trois quarts de centimètre cube.

Le 7 avril : injection d'un centimètre cube. Aucun accident, ni fièvre, ni céphalalgie, ni douleur de la région ovarienne.

Le 8 avril : injection d'un centimètre cube. La malade commence à s'intéresser à ses affaires. Moins de brusquerie et d'accès de colère. Moins de tristesse. Elle s'occupe de ses enfants. Les idées obsédantes restent les mêmes.

Le 9 avril : pas d'injection.

Le 10 avril : un centimètre cube. La malade s'occupe davan-

tage. Ses obsessions paraissent un peu moins intenses : elle en convient elle-même.

Les 11, 12 avril : un centimètre cube. Mme X..., qui est professeur de piano, a repris ses leçons et s'y intéresse. Pendant qu'elle les donne, elle n'est plus absorbée par ses préoccupations délirantes. Plus de colères. Elle propose à sa fille de lui donner une leçon de piano, ce qu'elle n'avait pas fait depuis longtemps. Elle se met à table volontiers et y cause. Elle donne dans son ménage des ordres sensés. Les idées délirantes persistent toujours.

Les 13, 14, 15 avril : un centimètre cube. Même état

Les 16, 17 avril : pas d'injection.

Le 18 : injection d'un centimètre cube. Malgré l'absence d'injection des jours précédents, l'amélioration se maintient.

Les 19, 20 avril, jusqu'au 3 mai : injection d'un centimètre cube de liquide chaque jour. L'état physique, l'humeur et les dispositions générales continuent à se modifier en mieux.

Le 3 mai, la malade a été plus excitée. On lui fait une injection d'un centimètre cube et demi de liquide.

Les 4, 5 et 6 mai : deux centimètres cubes. L'excitation s'atténue.

Les 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 18 mai : l'injection est poussée à deux centimètres cubes et demi. L'amélioration obtenue persiste en s'accentuant sur tous les points, sauf en ce qui concerne les hallucinations psycho-motrices, qui ne paraissent diminuer que légèrement d'intensité. Une crise d'excitation s'étant même produite le 18, sous leur influence, nous revenons le 20 à l'injection d'un centimètre cube et demi.

Les 21, 22 : pas d'injection.

Le 23 : injection d'un centimètre cube et demi. Les journées des 20, 21, 22 n'ont pas été aussi bonnes et la malade a paru, pendant ce temps, plus tourmentée.

Le 24 : injection d'un centimètre cube et demi. Le calme est plus grand.

Les 25, 26, 27 mai : injection d'un centimètre cube et demi de liquide. L'amélioration persiste et s'accroît.

En résumé, sous l'influence du traitement, l'état d'excitabilité diurne de la malade s'est en grande partie calmé. Elle a repris avec goût ses occupations professionnelles, elle vaque aux soins de son ménage, elle s'intéresse à sa famille, ses forces paraissent avoir augmenté; seules, ses obsessions et ses hallucinations, quoique diminuées en intensité et en fréquence, sont encore très marquées. »

Mes observations personnelles sur l'évolution de l'état mental de Mme X... que j'ai régulièrement suivie pendant toute la durée du traitement, concordent avec celles du professeur Ferré. Il est certain qu'une amélioration très notable s'est produite et que cette amélioration, qui porte sur l'ensemble des fonctions nerveuses et organiques, s'étend également aux facultés intellectuelles et affectives qui, autrefois annihilées pour ainsi dire, s'exercent aujourd'hui d'une façon normale, correcte et regulière. Les obsessions et les hallucinations elles-mêmes ont un caractère moins fixe et moins absorbant, ce que la malade traduit en disant « qu'elle a plus de raison » et « qu'elle parvient maintenant à penser à autre chose ». Son mari et sa bonne la trouvent également bien mieux. Auparavant, disent-ils, c'était à ne pas y habiter, tellement elle était insupportable. Elle courait d'une chambre à l'autre, surexcitée, criant : « Mon Dieu ! mon Dieu ! », se mettait en colère, battait ses enfants, faisait des scènes dans la rue. Maintenant, elle est calme, elle mange bien, elle s'occupe, donne ses leçons sans être distraite, manifeste de l'affection pour les siens, en un mot, elle est beaucoup plus paisible et beaucoup plus raisonnable, et a même eu la semaine dernière, mercredi et jeudi, deux journées excellentes. Néanmoins, elle est toujours très tourmentée « de penser et de parler mal », et ne sachant d'où cela peut provenir, elle s'en prend à sa bonne et à ses voisins, qu'elle invective par instants d'une façon assez grossière. C'est là le point noir de l'observation, car la persistance à ce degré de tels symptômes morbides ne permet pas, malgré l'amélioration obtenue de toutes parts ailleurs, d'affirmer encore aujourd'hui la possibilité d'un rétablissement complet. La malade sera suivie d'ailleurs jusqu'à évolution définitive de son accès.

En résumé, et quelle que puisse être l'issue finale de l'état actuel, le cas u'en offre pas moins, au point de vue mental, plusieurs particularités dignes d'attention, dont les principales sont :

1° L'apparition de la folie, chez une prédisposée, à la suite et à l'occasion de l'ablation chirurgicale des ovaires et des trompes ;

2° La nature du traitement employé qui a consisté à peu près exclusivement en injections quotidiennes de suc ovarien, à la dose d'un demi-centimètre cube à deux centimètres cubes et demi de solution au 1/10°, et qui, absolument inoffensif malgré sa durée, a déterminé physiquement et psychiquement des résultats relativement très favorables.

CLINIQUE MÉDICALE

NOTE SUR LES FORMES ÉRUPTIVES DE LA DENGUE (1),

Par M. H. DE BRUN,
Correspondant national.

La dernière épidémie de dengue qui a débuté à Beyrouth au mois de juin 1892, a été remarquable en ce sens qu'avant de disparaître elle a été caractérisée pendant les mois de novembre et de décembre, par une prédominance insolite des manifestations cutanées. Chaque individu atteint a présenté à partir de cette époque, une éruption plus ou moins intense, ce qui m'a permis d'étudier les formes éruptives de l'affection.

Je rappellerai pour mémoire que l'exanthème de la dengue peut ressembler, au cours de la même épidémie, soit à celui de la rougeole, soit à celui de la scarlatine, soit à celui de la rubéole. Dans quelques cas plus violents, l'éruption est constituée par une série de petites papules rouges extrêmement petites et très rapprochées, formant comme un grenu facilement appréciable à la loupe et parfois même à l'œil nu. Quelle qu'en soit la variété, l'éruption de la dengue se termine par une desquamation le plus souvent très appréciable, qui coïncide en général avec des démangeaisons, parfois extrêmement violentes.

Tels sont les caractères généraux des manifestations cutanées de la dengue; voyons maintenant comment ces manifestations se comportent dans leur association avec les autres symptômes de la maladie, pour constituer ce qu'on peut appeler les *formes éruptives* de la dengue.

(1) Académie de médecine, 8 août 1893.

Je diviserai ces formes éruptives en trois variétés :
1° Forme éruptive fébrile ;
2° Forme éruptive apyrétique;
3° Forme exclusivement éruptive.

I

FORME ÉRUPTIVE FÉBRILE.

Souvent l'éruption apparaît au milieu du cortège symptomatique des dengues sévères. L'affection a débuté avec cette brusquerie et cette solennité d'allure qui lui sont propres; la céphalalgie est intense, la courbature énorme, le pouls bat à 130 et l'exploration thermométrique donne 40 ou 41 degrés: la nuit a été sans sommeil comme la journée avait été sans repos. Le lendemain, en visitant le malade, on constate sur les membres supérieurs, sur le cou et sur le visage, sur la partie supérieure du thorax, une éruption répondant à l'un des types précédemment indiqués. Cette éruption dure deux ou trois jours, pendant lesquels la fièvre tombe et les autres symptômes s'atténuent; après quoi surviennent la desquamation et les démangeaisons d'intensité variable. Je relaterai, comme type de cette forme, l'observation suivante :

Obs. I. — Pendant l'épidémie dernière, je suis un jour appelé en toute hâte en consultation auprès d'un jeune homme de 23 ans, malade depuis deux jours, et dont l'état, me disait-on, était fort grave. L'avant-veille, il avait été pris tout à coup, dans la matinée, de frissons violents, bientôt suivis d'une fièvre ardente, d'un mal de tête intolérable et de rachialgie avec irradiations douloureuses dans les membres inférieurs. Ces symptômes allèrent rapidement en augmentant et s'accompagnèrent, dès le second jour, d'un inexprimable sentiment de prostration, d'un dégoût profond pour les aliments et de vomissements plusieurs fois répétés. Quand je vis le malade, l'agitation était extrême. Ne trouvant dans son lit aucune place favorable, il se couchait et s'asseyait à chaque instant, se tournait à droite et à gauche et répondait à mes questions par des monosyllabes et par des plaintes. La langue était large et saburrale, l'odeur de l'haleine un peu fétide; la peau était chaude et sèche; le pouls, fort, battait à 126, la température était de 40°8. Le visage, vultueux, présentait, au niveau du front et sur les joues, une éruption rubéolique très accusée qu'on retrouvait également sur le cou, sur le thorax et sur les bras. Cette éruption qui avait fort effrayé le médecin traitant, n'existait pas la veille et avait été constatée le matin même, c'est-à-dire quarante-huit heures après le début de l'affection. Au reste, la gorge légèrement rouge, était absolument indolore, les ganglions du cou n'étaient ni tuméfiés, ni douloureux; le malade n'avait ni larmoiement, ni toux, ni dyspnée véritable; l'auscultation ne révélait rien d'anormal ni au cœur, ni aux poumons. Pas d'albumine dans les urines.

Le lendemain matin, l'état s'était peu modifié; la température était à 39°,8, l'éruption avait gagné les avant-bras, l'abdomen et les membres inférieurs. Le lendemain soir la défervescence s'était produite apyrexie; absolue. L'agitation et les phénomènes douloureux avaient disparu; l'affaissement seul persistait.

Le jour suivant, l'éruption s'effaçait; le travail de desquamation allait commencer, s'accompagnant, pendant quarante-huit heures, d'intolérables démangeaisons.

En présence de pareils faits, — et ils sont nombreux, — n'a-t-on pas le droit de se demander, si la dengue ne doit pas être classée parmi les fièvres éruptives? En revendiquant pour elle, un des premiers, une place à côté des exanthèmes fébriles, je n'ignorais pas, toutefois, qu'un certain nombre de caractères la distinguent de ces affections et lui donnent une physionomie spéciale. Ces caractères sont les suivants :

1° *L'éruption n'est pas constante.* — Dans certaines épidémies elle fait complètement défaut; le plus souvent elle existe dans un quart, un tiers ou la moitié des cas; il est rare qu'on l'observe chez presque tous les malades comme pendant les deux derniers mois de l'année 1892.

2° *L'éruption n'apparaît pas à une période déterminée de la maladie.* — Très exceptionnellement elle constitue un symptôme de début. Le plus souvent elle survient après, un, deux ou trois jours de fièvre. Il n'est pas rare de la voir apparaître en pleine convalescence.

3° *La dengue n'a pas un type éruptif qui lui soit propre;* elle emprunte son éruption à la rougeole, à la scarlatine, à la rubéole.

4° *L'apparition de l'exanthème n'apporte aucune modification aux autres symptômes de la dengue.* — Le malade ne ressent, du fait de la poussée cutanée atténuation ni aggravation ni dans son état; s'il a de la fièvre, elle se maintient au même degré; s'il n'en a pas, l'apyrexie persiste. Jamais l'éruption n'a pas paru un phénomène alarmant. Elle est et demeure simplement un symptôme surajouté, en quelque sorte indépendant, et sans aucune relation, quelque éloignée qu'elle soit avec l'évolution de la maladie. Je ne saurais donc admettre, avec Vernoni, qu'aux formes atténuées de la dengue appartiennent les éruptions légères, tandis que les éruptions confluentes accompagneraient les formes graves. J'affirme au contraire, que des dengues extrêmement sévères, évoluent sans éruption et que des exanthèmes généralisés et ardents à la façon de celui de la scarlatine, peuvent exister dans des dengues extrêmement légères. Cela me conduit à parler de la forme éruptive apyrétique.

II

FORME ÉRUPTIVE APYRÉTIQUE.

Elle est très fréquente; les observations suivantes la présenteront sous ses différents aspects.

Obs. II. — Le 20 novembre, le nommé D... me fait appeler en toute hâte, se croyant sur le point d'avoir une attaque d'apoplexie. Depuis la veille, il éprouvait des vertiges et une intolérable sensation de tension au niveau du front. Tout travail intellectuel lui était devenu impossible; il avait grand'peine à associer ses idées. De plus, — et c'était là le principal motif de sa frayeur, — il lui semblait que la tête et le visage en particulier étaient le siège d'une congestion excessive. Le visage, en effet, était d'un rouge vif, mais cette rougeur s'étendait au cou et à la partie supérieure du thorax; elle ressemblait à l'érythème scarlatin.

Le 21, la rougeur s'était étendue à la totalité du corps; et le 22 toute trace d'éruption avait disparu. Au niveau du nez, des joues et des poignets on constatait une légère desquamation. Les symptômes cérébraux de l'avant-veille n'existaient plus; le malade était simplement incommodé par des déman-

geaisons, d'ailleurs très supportables, siégeant aux mains et aux pieds.

Pendant toute la durée de l'affection la température normale, et le pouls ne dépassa pas 70 à la minute.

Obs. III. — Jeanne G..., 10 ans, dîne sans appétit, le 24 novembre, et, se trouvant fatiguée, se couche de suite après le repas.

Le 25, légère céphalalgie; tête lourde; l'appétit est revenu. La jeune fille prend sa douche habituelle.

Le 27, douleurs au niveau des paupières, s'accentuant pendant les mouvements de l'œil. Après la douche, apparaît sur les joues et le thorax une éruption analogue à celle d'une rougeole légèrement boutonneuse. Au reste pas de fièvre; la jeune fille peut continuer ses études.

Le 28, l'éruption a envahi l'abdomen et les membres supérieurs et inférieurs; sensation de démangeaisons, d'engourdissement et de piqûres d'aiguilles à la plante des pieds. Démangeaisons dans le dos. Pas de fièvre.

Le 29, l'éruption pâlit; le 30, elle ne laisse plus que quelques traces. Les jours suivants, on constate une légère desquamation.

Obs. IV. — Le nommé P... âgé de 31 ans, venait se plaindre, le 14 décembre, de douleurs vives qu'il éprouvait à la plante des pieds et au niveau des orteils, douleurs assez fortes pour l'empêcher de mettre ses bottines et de marcher. Les articulations du poignet et des doigts étaient également le siège de douleurs d'une moindre intensité. Pas de gonflement, pas de fièvre. Sur tout le corps, et en particulier au niveau du visage et du cou, existait une éruption rubéolique très nette qui disparut le lendemain. Les douleurs des extrémités ne durèrent que quarante-huit heures.

Obs. V. — M. P..., d'Alep, constate, le 7 octobre, en s'habillant, que son cou, sa poitrine et ses bras sont le siège d'une éruption qui tend à gagner le visage, et qui est constituée par des papules extrêmement petites et très rapprochées. Cette éruption dure deux jours, après quoi un travail de desquamation commence. A ce moment, surviennent des douleurs extrêmement pénibles localisées surtout au niveau des genoux, des doigts, des orteils; ces douleurs persistèrent avec la même intensité jusqu'au 12 octobre et ne disparurent que peu à peu. Pendant toute la durée de l'affection, pas de fièvre, pas d'inappétence.

Obs. VI. — (Communiquée par M. E. Hadjès, élève de mon service). Le 3 novembre, je me lève avec une légère céphalgie; le lendemain, mes yeux sont injectés, douloureux et supportent difficilement la lumière; sensation de démangeaison et de cuisson au niveau des paupières. Le Dr de Brun y constate l'existence d'une éruption constituée par de très petites papules extrêmement serrées, formant comme un grenu très fin mais cependant appréciable à l'œil nu, et pense de suite à la fièvre dengue. Outre cette éruption, douleurs articulaires extrêmement pénibles au niveau des pieds, des genoux, des bras et surtout des doigts. Pas de fièvre, appétit médiocre, langue bonne.

Le 5, l'éruption envahit tout le visage et s'accompagne de démangeaisons. La desquamation commence au niveau des paupières, persistance de la photophobie; aggravation des douleurs articulaires, impossibilité d'écrire. Toujours pas de fièvre, pas de toux, pas d'éruption sur le corps.

Le 6, desquamation sur tout le visage. Les démangeaisons cessent; les douleurs articulaires diminuent, et disparaissent le lendemain sans l'intervention d'un traitement quelconque.

Obs. VII. — Famille N..., composée de huit personnes habitant le même appartement. Dans un intervalle de six jours (du 17 au 23 novembre), tous les membres de la famille éprouvèrent, avec une singulière similitude, les symptômes suivants : céphalalgie, rachialgie, douleur au niveau des genoux, sensation de fatigue et de lassitude, inappétence; puis, le lendemain ou le surlendemain, éruption généralisée rubéolique persistant pendant trente-six à quarante-huit heures et laissant après elle une desquamation très appréciable et de vives démangeaisons.

Toutes les observations précédentes (je n'ai pas voulu en citer davantage pour ne pas allonger inutilement cette communication), ont entre elles la plus grande analogie. Après vingt-quatre ou quarante-huit heures de céphalalgie, de rachialgie ou de douleurs articulaires avec sensation de courbature et d'anéantissement, se déclare une éruption rosée ou rouge, le plus souvent généralisée, qui disparaît le lendemain ou le surlendemain, laissant le plus souvent après elle une desquamation légère qui s'accompagne pendant deux ou trois jours de démangeaisons plus ou moins violentes.

Au reste si les symptômes subjectifs que je viens de mentionner sont parfois extrêmement intenses, ils peuvent être, par contre, tellement atténués qu'ils passent en quelque sorte inaperçus, l'éruption *paraissant* être la seule expression symptomatique de la maladie.

III

Forme exclusivement éruptive.

Dans un certain nombre de cas que j'ai pu suivre de très près, *tout symptôme a fait totalement défaut, et l'éruption a été, en réalité, la seule manifestation de la dengue.* Cette forme clinique n'a pas été absolument rare à Beyrouth pendant les deux derniers mois de l'année 1892. Sa coexistence avec une épidémie de dengue dont l'éruption constituait le principal symptôme, sa disparition à la fin de l'épidémie, l'identité parallèle de très nombreux cas de dengue éruptive à symptômes subjectifs extraordinairement atténués, toutes ces raisons permettent de rattacher à l'épidémie du moment, cette forme singulière qui n'a pas, que je sache, été signalée jusqu'à présent.

Obs. VIII. — Le père J..., missionnaire, ressent, le 5 décembre, au cours d'une prédication, au niveau des bras et des cuisses, des démangeaisons qu'il mit sur le compte de quelque insecte. Ces démangeaisons persistant et augmentant dans l'après-midi, le père J... examine les parties où elles siègent, et constate que son cou, ses bras et ses cuisses présentent une éruption constituée par des taches d'un rouge vif absolument analogues à celle d'une rougeole confluente. Sur le thorax et l'abdomen, les taches étaient plus discrètes et plus pâles. Au reste pas de fièvre, pas de céphalalgie, pas de malaise, pas d'abattement physique ou intellectuel. Le père J... avait conservé tout son entrain; son appétit était normal.

Dans la nuit, les démangeaisons augmentèrent et prirent une telle intensité que le patient ne put dormir une seconde, et

qu'il dut marcher toute la nuit dans sa chambre sans trouver un instant de soulagement. Elles persistèrent avec la même violence, le lendemain, 6 décembre, bien que l'éruption eût totalement disparu.

Le 7, les démangeaisons cessent complètement, et l'on observe au niveau des bras, des cuisses et du cou, les traces manifestes d'une desquamation qui dura cinq à six jours.

Obs. IV. — M. et Mlle L..., à trois jours d'intervalle l'un de l'autre (le 1er et le 4 décembre), présentent une éruption morbilleuse généralisée qui s'accompagna, chez le premier, de violentes démangeaisons. Dans les 2 cas, l'apyrexie fut complète et l'état général excellent; aucun malaise, aucune indisposition. Le père, malgré une nuit d'insomnie due à la violence du prurit, put vaquer à ses occupations habituelles, et la jeune fille continua ses études avec son entrain ordinaire. L'un et l'autre présentèrent sur la presque totalité du corps une desquamation furfuracée.

Obs. X. — Le 26 novembre, au moment où sa sœur (obs. III) était elle-même atteinte d'une dengue éruptive apyrétique, Paul G..., âgé de 8 ans, sans aucune autre manifestation, sans rien perdre de son excellent appétit, de son enjouement et de son ardeur à étudier, présenta au niveau du visage, du cou, du thorax et des membres supérieurs, une éruption rubéolique intense atteignant aussi, mais plus discrètement, l'abdomen et les membres inférieurs.

Le 28, l'éruption avait disparu, laissant après elle de légères démangeaisons et une desquamation très appréciable.

Obs. XI. — Au moment où tous les membres de sa famille étaient atteints de dengue, Nicolas N... présenta, le 28 novembre, une éruption morbilleuse généralisée, qui ne s'accompagna d'aucun autre symptôme. Le sujet, occupant une position libérale qui demande une incessante présence d'esprit et nécessite un travail intellectuel qui confine parfois au surmenage, put, pendant les trois jours que dura l'éruption, faire face à toutes les exigences de sa profession, sans fatigue, sans indisposition.

Le 30 novembre, survinrent des démangeaisons assez violentes, et le lendemain commença un travail de desquamation qui persistait encore le 4 décembre.

Si les observations précédentes ne m'avaient pas paru concluantes, il m'eût été facile d'en rapporter un plus grand nombre. Pendant près de deux mois, en effet, on ne voyait autour de soi que des personnes offrant une éruption plus ou moins violente avec démangeaisons et desquamation ultérieure, dont beaucoup ne présentèrent aucun mouvement fébrile, et dont un certain nombre n'eurent d'autre symptôme que l'exanthème. Toutes les classes de la société, tous les âges furent également atteints, et je pus, pendant cette période, observer un peu partout cette forme fruste mais cependant suffisamment reconnaissable de la dengue.

IV

Diagnostic.

Il doit être fait successivement avec la forme fébrile et les formes apyrétiques.

1° *Forme fébrile.* — Je n'insisterai pas sur le diagnostic avec la *scarlatine* que distinguent ses manifestations gutturales et rénales, et avec la *rougeole* que caractérisent ses symptômes thoraciques.

La brusquerie d'invasion et les phénomènes du début pourraient faire confondre la dengue et la *variole* : mêmes frissons violents, même céphalalgie, mêmes douleurs dorsale et épigastrique, même ascension thermométrique rapide, même malaise, même agitation ; et, au moment de l'éruption, l'incertitude peut se prolonger encore à cause de la ressemblance de l'exanthème de la dengue avec certain rash scarlatiniforme de la variole. Je reconnais avoir eu chez plusieurs malades de très sérieuses hésitations que légitimaient la coexistence des deux épidémies.

Et comme, par une singulière coïncidence, nous avions à la même époque à subir une épidémie de *typhus exanthématique* dont les symptômes initiaux peuvent être absolument analogues à ceux de la variole et de la dengue, on comprend quel pouvait être notre embarras en présence de certains malades. J'avoue avoir méconnu pendant quelques jours les premiers cas de typhus et les avoir rapportés à des dengues sévères ; la céphalalgie, la marche de la température, l'abattement, l'état gastrique rendaient l'analogie complète, et je puis dire que l'éruption, loin de faire cesser l'erreur, a justement contribué à la faire commettre.

La *grippe* présente parfois un rash ayant une certaine analogie avec l'éruption de la dengue. « D'après les symptômes cutanés que je viens d'exposer, — écrit Barthélemy, — je ne puis me défendre de la tendance à croire à l'identité de la grippe et de la dengue. » Cette affirmation vaut la peine d'être discutée, et c'est dans la description de Barthélemy lui-même que nous trouverons les éléments les plus probants de notre diagnostic différentiel.

« Il s'agit, dit-il, de taches rouges disposées soit en petites plaques irrégulières, soit en îlots arrondis ou ovalaires. Le début se fait par la face, puis le tronc est envahi, enfin les membres. Il y a en même temps un catarrhe des conjonctives, des fosses nasales, de la gorge, et l'on pourrait croire à la rougeole si l'éruption n'avait pas brusquement marqué le début de la maladie et de la fièvre, et si le défaut de toute desquamation n'attirait pas l'attention. » Voilà pour l'éruption morbilleuse de la grippe. L'éruption morbilleuse de la dengue en diffère : 1° en ce qu'elle n'affecte aucune disposition spéciale ; 2° en ce que le début ne se fait pas plus particulièrement par la face que par les membres supérieurs ou le tronc; 3° en ce qu'il n'y a jamais concomitance d'un catarrhe broncho-laryngo-nasal ; 4° en ce que l'éruption survient rarement au début de la fièvre, mais souvent après un, deux ou trois jours de maladie, et quelquefois en pleine convalescence ; 5° en ce qu'elle est presque toujours suivie de desquamation et de démangeaisons. La différence est donc aussi tranchée que possible.

Les dengues à éruption rosée ont une certaine analogie avec la *rubéole* (épidémicité, céphalalgie, malaise général, courbature, polymorphisme de l'éruption); elles en diffèrent par l'absence de coryza, de toux, de bronchite, d'engorgement des ganglions jugulaires et subauriculaires, par la rareté de l'angine, par l'état gastrique, par la desquamation qui est plus franche et les démangeaisons qui sont si fréquentes et parfois si violentes, au moment où l'éruption s'efface.

2° *Formes apyrétiques.* — La coïncidence d'une épidémie de dengue, le nombre considérable d'individus atteints

d'éruption, la coexistence chez la plupart d'entre eux des symptômes nerveux ou gastriques permettront de distinguer ces formes des *roséoles médicamenteuses*.

Les *roséoles infectieuses* (syphilis, blennorrhagie) n'ont ni la rapidité d'allure propre à l'exanthème de la dengue, ni sa desquamation, ni ses démangeaisons.

Dans *l'urticaire*, les démangeaisons surviennent et disparaissent avec l'éruption, dans la dengue elles lui succèdent.

L'*érythème solaire* est localisé aux parties découvertes et n'est ni contagieux, ni épidémique.

V

Comment faut-il envisager l'éruption de la dengue ? Doit-on la considérer comme une toxidermie consécutive à une infection secondaire, ou appartient-elle en propre à la dengue comme la pustule variolique appartient à la variole?

Contrairement à la grippe, la dengue prête peu, ou, pour parler plus exactement, ne prête pas aux infections secondaires. Je n'ai jamais vu, au cours ou pendant la convalescence de cette maladie, survenir de pneumonies, de broncho-pneumonies, de néphrites, d'adénites, d'oreillons, etc. J'ajouterai en outre que, quelque fréquentes qu'elles puissent être les infections secondaires ne prennent jamais le caractère d'universalité presque absolue ; et je crois, qu'en dehors de toute autre considération, le seul fait d'avoir observé, dans cette fin d'épidémie, l'éruption chez tous les malades atteints de dengue, permet de rattacher à la maladie elle-même la manifestation cutanée.

Par beaucoup de ses caractères, l'éruption de la dengue se rapproche des rash (polymorphisme, courte durée, absence de modification des symptômes généraux au moment de son apparition ou de sa disparition). Elle s'en éloigne par sa grande fréquence, sa desquamation et le prurit parfois intolérable qui l'accompagne ; elle s'en éloigne également et plus encore par ce fait qu'elle peut survenir au moment de la convalescence.

Sous quelles influences cette éruption peut-elle, dans quelques épidémies, augmenter de fréquence au point de devenir le symptôme dominant de l'affection ? Il est difficile de le dire. Il me paraît hors de doute cependant que les prédispositions individuelles ne jouent, en pareille circonstance, qu'un rôle certainement restreint. C'est dans les conditions météorologiques qu'il faut probablement chercher la solution du problème, et je dois avouer que lors de la dernière épidémie ces conditions ressemblaient sensiblement à celles qui, les années précédentes, avaient présidé à l'évolution de dengues à éruption relativement rares. Le seul fait qui me paraisse intéressant à retenir, c'est que les éruptions ont été peu fréquentes pendant les chaleurs de l'été, et que les fraîcheurs de novembre et de décembre ont coïncidé tout à la fois avec l'atténuation des symptômes généraux de la maladie et avec l'apparition des formes éruptives.

Cette constatation, jointe aux différences cliniques bien tranchées qui séparent les *bourbouilles* de l'exanthème de la fièvre rouge, me dispensera de discuter plus longuement la singulière hypothèse qui voudrait faire des manifestations cutanées de la dengue, une éruption due à la chaleur ; et je n'aurais pas mentionné cette opinion bizarre si, en dépit des faits les plus probants, un de mes confrères ne l'avait soutenue à Beyrouth avec une certaine opiniâtreté.

REVUE DES JOURNAUX

TOXICOLOGIE.

I. — Sur un cas d'intoxication arsenicale (pseudo-tabes), par le Dr Muller. (*Deutsche Medizinal Zeitung*, 1893, n° 73, p. 817.)

II. — Contribution a l'étude de l'empoisonnement aigu par le phosphore, par le professeur R. von Jaksch. (*Deutsche medicin. Wochenschrift*, 1893, n° 1.)

III. — Sur la peptonurie symptomatique de l'empoisonnement par le phosphore, par le Dr Robitschek, assistant du professeur von Jaksch. (*Deutsche medicin. Wochenschrift*, 1893, n° 24.)

IV. — Contribution a l'étude de l'empoisonnement par les sels de zinc, par Campbell. (*Therapeutic Gazette*, 1893, n° 8.)

V. — Légère intoxication par la phénacétine, par le Dr Eisenhart. (*Therapeutische Monatshefte*, 1893, n° 5, p. .)

I. — On sait depuis longtemps que l'intoxication arsenicale chronique peut se traduire par de l'ataxie des mouvements, imputable à des altérations des nerfs périphériques, à une polynévrite. M. Müller a communiqué récemment à la Société de médecine de la Styrie, une observation qui peut être rattachée aux pseudo-tabes. Le malade, un homme de 43 ans, qui avait absorbé de l'arsenic dans une intention de suicide, a présenté les symptômes suivants : abolition du réflexe patellaire ; signe de Romberg ; ataxie aux membres, plus prononcée aux membres inférieurs qu'aux membres supérieurs.

Cet état de pseudo-tabes avait mis de six à huit semaines à se développer. Il se distinguait du tabes vulgaire, par l'existence de phénomènes de paralysie motrie. Celle-ci affectait dans une mesure prépondérante les petits muscles des mains et des pieds, par suite de quoi certains mouvements délicats, surtout ceux qui nécessitent l'opposition du pouce et du petit doigt, étaient devenus très difficiles. On notait d'ailleurs une diminution très prononcée de la force motrice aux quatre membres.

D'autre part, la sensibilité au toucher et à la douleur était fortement émoussée ; la sensibilité thermique était intacte. Le malade présentait des troubles vaso-moteurs et trophiques (hyperidrose, desquamation de l'épiderme par vastes lambeaux).

Pas de troubles des fonctions de la vessie et du rectum.

Les muscles et les troncs nerveux étaient douloureux à la pression.

Le traitement a consisté dans l'administration de bains, et dans des applications du courant faradique, séjour en plein air. M. Müller se promettait d'obtenir une guérison rapide.

II. — Un élève de M. von Jaksch, M. Tausig, a publié naguère un travail dans lequel il soutenait que l'empoisonnement aigu par le phosphore s'accompagne d'une augmentation passagère du nombre des globules rouges en circulation dans le sang. Récemment, M. Jaksch a eu l'occasion de confirmer l'exactitude de ce fait : chez un premier sujet, le nombre des globules s'est élevé de 4.300.000 à 7.700.000 dans le cours d'un

empoisonnement par le phosphore, et cela en l'espace de trois jours; le quatrième jour le nombre des globules rouges s'élevait à 8.250.000, L'alcalescence du sang avait notablement diminué. Chez un autre malade, on a constaté des résultats analogues.

III. — Dans un travail postérieur, M. von Jaksch publie l'observation d'une jeune fille de 19 ans qui, dans un but de suicide avait absorbé de la bière dans laquelle elle avait fait macérer des allumettes phosphorées. Elle fut prise de vomissements violents et de fortes douleurs au creux de l'estomac. A son entrée à l'hôpital, elle présentait un ensemble de signes et de symptômes en rapport avec un empoisonnement par le phosphore. L'urine était fortement albumineuse; elle renfermait des quantités considérables de peptones. Le jour de l'empoisonnement, le nombre des globules était de 7,450.000; le nombre des globules blancs de 8.000. On fit à la malade le lavage de l'estomac avec une solution de sulfate de cuivre, et plus tard avec une solution de permanganate de potasse à 1/10000ᵉ.

Le second jour, le nombre des globules rouges était de 5.400.000; la peptonurie était en décroissance.

Le troisième jour, on constatait une augmentation considérable du volume du foie. Ictère intense. Le nombre des globules rouges était remonté à 6.440.000, l'urine renfermait de l'albumine et de la matière colorante biliaire, mais plus de peptones.

Le quatrième jour, la malade succomba. A l'autopsie, on a trouvé les lésions habituelles de l'empoisonnement aigu par le phosphore et notamment de nombreux extravasats sanguins. Le foie était considérablement augmenté de volume, d'un jaune intense sur des surfaces de coupe. Ce cas, conclut l'auteur, démontre que la peptonurie est réellement une manifestation de l'empoisonnement phosphoré, mais que la peptonurie ne suit pas une marche parallèle à l'intensité des autres symptômes, et que sa disparition n'est pas l'indice d'une guérison prochaine, ainsi que l'avait affirmé Maixner. D'après Jaksch, cette peptonurie serait en relation avec les hémorrhagies multiples signalées plus haut.

IV. — M. Campbell a observé chez six personnes d'une même famille une affection gastro-intestinale qui a présenté une allure mystérieuse. L'enquête qu'il fit démontra qu'il s'agissait d'un empoisonnement par des sels de zinc; le toxique se trouvait en suspension dans le contenu des boîtes en zinc logeant des conserves de tomates. Le principal symptôme de cet empoisonnement a consisté dans une diarrhée dysentériforme; les matières fécales muco-sanguinolentes contenaient chez les enfants victimes de cet empoisonnement un grand nombre d'ascarides et d'oxyures. Un des enfants a succombé.

L'auteur conclut de ces observations que chez l'homme, les sels de zinc produisent des effets toxiques analogues à ceux des sels de plomb, d'arsenic, d'antimoine, etc., que ces sels produisent des effets anthelminthiques; qu'à dose toxique, ils font apparaître des symptômes comparables à ceux des ptomaïnes, que les conserves alimentaires, principalement les conserves de fruits, lorsqu'elles sont contenues dans des boîtes en zinc, tiennent le plus souvent en suspension des sels de zinc à dose toxique.

V. — M. Eisenhart a publié l'observation d'un homme vigoureux de 32 ans, qui souffrait d'une violente névralgie du trijumeau, occasionnée par une dent cariée, et auquel il prescrivit de la phénacétine par paquets de 1 gramme, à prendre deux paquets le matin, deux paquets le soir à deux heures d'intervalle. L'effet de cette médication fut excellent; le malade se trouva débarrassé de ses douleurs névralgiques, et en même temps le gonflement de la gencive entra en voie de résolution, cela après l'ingestion des deux premiers paquets. Pour se débarrasser plus rapidement de son engorgement gingival, le malade prit, le soir de ce même jour, trois paquets de phénacétine, un à 5 heures, un à 7 heures et demie et l'autre un peu après 8 heures. Un peu après 9 heures, il vint en proie à des palpitations, à de l'accélération du pouls et à de la gêne respiratoire. Vers 9 heures et demie survint un accès d'oppression croissante, avec accélération du pouls, diminution de l'ouïe, qui augmentait par moments (on était en train de faire la lecture au malade), chaleur à la peau, sueurs abondantes et nausées. Le malade se mit à vomir, après quoi il se sentit soulagé. Le lendemain, il reprit 1 gramme de phénacétine sans présenter de nouveaux accidents. L'auteur a cru devoir signaler d'une façon particulière l'action résolutive exercée par la phénacétine sur l'engorgement gingival.

(*A suivre.*) — E. Ricklin.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

L'étude de la *tachycardie essentielle paroxystique* a inspiré dans la même année trois thèses, d'inégale importance et d'inégale valeur, celles de MM. Janicot, Vincent et Castaing. Le choix simultané d'un même sujet, de la part de trois auteurs, peut s'expliquer par la nouveauté relative de celui-ci, qui n'a réellement pas cessé d'être à l'ordre du jour depuis l'apparition du mémoire de Bouveret, document capital en l'espèce. La publication de ce mémoire a effectivement marqué une date dans l'histoire d'un syndrome que l'on n'avait pas su dégager nettement et qui jusque-là était resté confondu avec d'autres symptômes plus ou moins similaires d'ailleurs, extrêmement fréquents, tels que la simple accélération du cœur, l'angine de poitrine, les palpitations, etc... A présent, la tachycardie essentielle a sa place marquée en pathologie cardiaque, et un chapitre spécial doit lui être réservé désormais dans les traités spéciaux qui seront publiés sur la matière.

M. Janicot a écrit sur cette question un travail très court, mais substantiel et bien écrit, dont les conclusions sont assez fortement motivées pour mériter les honneurs d'une discussion. D'après lui, un examen raisonné des symptômes propres à la maladie et l'analyse de ces symptômes conduisent nécessairement à l'idée d'une névrose, c'est-à-dire d'un trouble purement dynamique du système nerveux : en tous cas ils justifient pleinement l'appellation de tachycardie essentielle à paroxysmes, que M. Bouveret a proposée dans son mémoire devenu classique. L'affection ainsi constituée tient une place bien à part, et forme un ensemble aisément reconnaissable pour tout clinicien un peu exercé. C'est dire qu'on doit la distinguer avec soin des autres tachycardies que l'on pourrait appeler *symptomatiques*, étant donné qu'elles coïncident ordinairement avec une autre affection, la première en date, à la suite de laquelle elles prennent place comme l'effet après la cause. Cette séparation doit être absolue, dit M. Janicot, qui a été très affirmatif sur ce point. Il nous semble pourtant

qu'il y aurait qnelques réserves à faire dans ce sens, et la preuve, c'est que notre confrère a cru devoir discuter la valeur de quelques-unes de ces circonstances dites étiologiques, sans conclure d'une façon précise, et que d'autre part, il a rapporté lui-même tout au long un cas douteux, vis-à-vis duquel il dut suspendre son jugement. Ce fait, très intéressant, est resté sur une limite indécise, assez près de la tachycardie paroxystique, avec laquelle certaines particularités de détail ne permettent cependant pas de l'identifier.

Parmi les symptômes de la maladie, l'apparition d'accès asystoliques joue un rôle très important, qu'il est d'un intérêt majeur de savoir deviner ou prévoir. Ces accès se montrent généralement sur le tard, après un certain nombre de paroxysmes qui sont comme autant d'avertissements; mais ils peuvent aussi se montrer dès la première atteinte, de telle sorte que cette éventualité de l'asystolie devient un des points noirs du tableau. En tout cas elle mérite de figurer au premier rang parmi les évaluations pronostiques. Le médecin peut d'ailleurs être averti de son approche et mis en éveil par la constatation de certains faits comme l'*oligurie* et l'*albuminurie*, quand ces deux phénomènes se montrent pour la première fois dans le cours d'un accès et en l'absence de tout autre symptôme accusé par le malade. Ce diagnostic est d'ailleurs fort important, car l'éventualité de l'asystolie contribue notablement à assombrir le pronostic, assez fâcheux déjà en lui-même, si nous consultons la statistique de M. Janicot qui, sur 28 cas résumés dans sa thèse, relève 8 cas de mort, dont 3 par accidents purement asystoliques.

En ce qui concerne la question de nature, on a beaucoup discuté et on discutera encore longtemps, sans parvenir à formuler autre chose que des hypothèses. Selon toute probabilité, il s'agit d'une névrose d'origine bulbaire ou bulbo-spinale, sans lésion matérielle et sans substratum anatomique défini. Dans cet ordre d'idées, on peut comparer la tachycardie à quelques autres affections d'origine exclusivement nerveuse, comme la maladie de Basedow, dont la triade symptomatique n'est pas sans offrir une certaine analogie avec celle qui la caractérise elle-même. Ce n'est là qu'une comparaison, mais une comparaison légitime et instructive, qui a l'avantage de donner une idée nette de la question. En fait, la plupart des essais de traitement se sont inspirés de cette théorie, et quelques-uns ont produit de bons résultats. Mais nous sommes encore loin de compte et, à l'heure actuelle, nous ne possédons pas de médication véritablement efficace contre le symptôme tachycardie, pas plus que nous n'en possédons vis-à-vis de ces affections nerveuses, de cause insaisissable, groupées faute de mieux sous la rubrique *névroses*, un mot qui ne sert qu'à masquer notre ignorance concernant leur véritable nature.

— Les conclusions du travail de M. Castaing se rapprochent notablement de celles que nous venons de résumer. De même que son confrère, M. Castaing voit dans la maladie de Bouveret une simple névrose bulbo-médullaire, dont les symptômes et en particulier les symptômes urinaires reconnaissent une origine centrale. Toutefois quelques-unes des observations rapportées par lui tendraient un peu à discréditer cette opinion, car elles font mention de certaines altérations d'ordre anatomique, ou autres de compression des pneumogastriques et des récurrents par des tumeurs interposées sur le trajet de ces filets nerveux. Evidemment l'hypothèse de névrose n'est plus applicable à ces faits, dont on pourrait tirer parti pour édifier une autre théorie pathogénique de la tachycardie. Mais d'ailleurs M. Castaing paraît s'être peu soucié d'affirmer son opinion sur ce point, et en ce qui le concerne il s'est contenté de reproduire les hypothèses les plus accréditées. Il a fait preuve de plus d'originalité dans l'étude des symptômes et du diagnostic, à propos duquel il exprime cette idée, fort plausible au demeurant, qu'il n'y a peut-être, entre les palpitations ordinaires et la tachycardie dite *essentielle*, qu'une simple différence de degré dans le processus névrosique. En dehors de cette hypothèse toute personnelle et de ces réserves, son travail n'apporte guère de contribution décisive à l'histoire d'une affection encore obscure et mal connue, malgré l'intérêt vraiment exceptionnel que présente son étude.

— M. Vincent a écrit une sorte de revue d'ensemble et de critique des tachycardies considérées principalement au point de vue de leur valeur séméiologique et de leur pathogénie. Il a donc traité dans son sens général un sujet dont les deux auteurs précités n'avaient choisi pour ainsi dire qu'un cas particulier. De même que M. Janicot, il a fait ressortir l'importance du syndrome qui constitue le substratum clinique de la maladie de Bouveret, et dans lequel l'extrême abaissement de la tension artérielle ne représente pas le fait le moins intéressant. En ce qui concerne la question de nature, il a insisté à son tour sur le résultat négatif des quelques autopsies faites jusqu'à ce jour, et sur l'absence corrélative de données capables de résoudre le problème. Certains auteurs ont voulu distinguer une tachycardie par lésion du pneumogastrique et une autre par lésion du sympathique. Mais les arguments invoqués à l'appui de cette dichotomie ne sont pas de ceux qui peuvent entraîner la conviction. L'opinion de M. Bouveret, qui place le point de départ du syndrome dans les centres et rameaux cardiaques du nerf vague, se heurte elle-même à des objections infranchissables, car elle explique seulement l'accélération du cœur, nullement les autres symptômes. M. Vincent préfère donc la théorie bulbaire qui, bien que marquée au coin de l'hypothèse, offre au moins l'avantage de s'adapter plus facilement à l'explication des faits même de ceux qui sont exceptionnels et insolites, comme l'albuminurie, la glycosurie, les phénomènes pupillaires, la syncope. En cela, il se rapproche de la vérité, et sa conclusion, mise en regard de celles que nous avons critiqué, plus haut, donne à la théorie de l'origine bulbaire un crédit nouveau et un point d'appui qui n'est pas à dédaigner. P. M.

NOTES ET INFORMATIONS

Le service médical à bord des navires de commerce dépourvus de médecins. — M. E. Castueil, interne des hôpitaux de Marseille, nous fait la très intéressante communication que voici, au sujet du service médical à bord des bâtiments de commerce (et ils sont nombreux), qui sont obligés de naviguer sans médecins :

Instruction médicale pour MM. les capitaines des navires qui n'embarquent pas de chirurgien. Il existe sous ce titre une petite brochure officielle, rédigée en vertu de l'ordonnance royale du 4 août 1819, imposée par la loi à toutes les compagnies de navigation. Elle doit se trouver à bord, ainsi qu'un autre contenant la *nomenclature des médicaments et ustensiles qu'un capitaine doit embarquer*.

Ayant eu l'occasion de faire un voyage d'un mois sur un navire qui prend toujours des passagers, mais qui n'embarque habituellement pas de médecins, j'ai eu à utiliser l'Instruction médicale et les médicaments qui, comme vous le pensez, ne peuvent, bien entendu, que s'adresser à des cas simples.

De pareilles instructions, de pareilles listes médicamenteuses, ne peuvent, cela va sans dire, que s'adresser à des cas simples; on ne peut leur demande, en effet, d'être tenues au courant des derniers progrès de la médecine et de la chirurgie; mais il faudrait cependant que les instructions et les remèdes ne soient pas trop absurdes.

Or, voici ce que j'ai constaté pendant mon voyage, ayant eu à soigner quelques affections relevant de la petite chirurgie: j'ouvre mon coffre de médicaments et je me trouve en possession de... charpie, laine de lin et baume du commandeur. Il faut avouer que c'était bien peu ; pas une pincée d'iodoforme, ni gazé, ni coton, ni bandes antiseptiques.

Si j'avais eu un malade relevant de la médecine et si j'avais voulu — comme le capitaine, doit le faire quand il est seul — me guider sur l'Instruction médicale du bord, je n'avais qu'une chose à faire : saigner, saigner encore et saigner toujours.

A qui la faute? Aux Compagnies? Nullement, puisque avant le départ du bateau, un médecin, un chirurgien et un pharmacien attachés à ce service spécial, au bureau de la Marine de l'État, ont certifié que les médicaments sont en quantité et en qualité réglementaires. La faute est au règlement qui date de 1819.

Voilà donc une double réforme qui s'impose.

1° Reviser l'Instruction médicale pour MM. les capitaines des navires qui n'embarquent pas de chirurgien (4 août 1819);

2° Modifier la composition du coffre de médicaments et ustensiles pour les mêmes navires. (*Bulletin médical.*)

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris.

1er trimestre de l'année scolaire 1893-1894.

INSCRIPTIONS, CONSIGNATIONS ET TRAVAUX PRATIQUES

I. — *Inscriptions.*

Le registre d'inscriptions sera ouvert le jeudi 12 octobre. Il sera clos le samedi 18 novembre, à 3 heures.

Les inscriptions seront délivrées dans l'ordre ci-après, de midi à 3 heures de l'après-midi.

1° Inscriptions de 1re, de 2e et de 3e années de doctorat, — de 1re et de 2e années d'officiat, les jeudi 12, vendredi 13, samedi 14, mercredi 18, jeudi 19, vendredi 20, samedi 21, mercredi 25, jeudi 26, vendredi 27, samedi 28 octobre, et les vendredi 3, samedi 4, mercredi 8, jeudi 9, vendredi 10, samedi 11 novembre.

2° Inscriptions de 4e année de doctorat, — de 3e et 4e années d'officiat, les mercredi 15, jeudi 16, vendredi 17 et samedi 18 novembre.

MM. les étudiants sont tenus de prendre leur inscription aux jours et heures ci-dessus désignés. L'inscription trimestrielle ne sera accordée en dehors de ces dates que pour des motifs sérieux et appréciés par le Conseil de la Faculté.

MM. les étudiants sont priés de déposer, un jour à l'avance, leur feuille d'inscription chez le concierge de la Faculté; il leur sera remis en échange un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au Secrétariat pour prendre leurs inscriptions.

Les numéros d'ordre pour les inscriptions de 4e année de doctorat et de 3e et 4e année d'officiat (soumises au stage), ne seront distribués qu'à partir du mardi 14 novembre 1893.

AVIS SPÉCIAL A MM. LES INTERNES ET EXTERNES DES HOPITAUX. — MM. les étudiants internes et externes des hôpitaux, seront tenus de joindre à leur feuille d'inscriptions un certificat de leur chef de service, indiquant qu'ils ont rempli avec exactitude leurs fonctions d'interne ou d'externe, pendant le 4e trimestre 1892-93. — Ce certificat doit être visé par le directeur de l'établissement hospitalier auquel l'étudiant est attaché.

Ces formalités sont de rigueur : Les inscriptions seront refusées aux internes et externes des hôpitaux qui négligeraient de les remplir.

II. — *Consignations pour examens.*

Les bulletins de versement des droits de consignations pour tous les examens seront délivrés, à partir du 9 octobre, le lundi et le mardi de chaque semaine, de midi à trois heures.

En ce qui concerne le 1er examen de doctorat et les examens de fin d'année (officiat), les bulletins de versement ne seront délivrés que le lundi 9 et le mardi 10 octobre, conformément à l'avis déjà donné au mois de juillet.

Les consignations pour examens de fin d'année (officiat) ne seront reçues que sur présentation d'une autorisation spéciale. Sont dispensés de cette autorisation les élèves ajournés en juillet 1893.

III. — *Travaux pratiques.*

Les travaux pratiques sont obligatoires ou facultatifs.

Ils sont obligatoires pour tous les étudiants aspirants au doctorat ou à l'officiat.

Ils sont facultatifs pour les étudiants ayant 16 incriptions.

Les droits afférents aux travaux pratiques obligatoires sont soldés en prenant l'inscription trimestrielle correspondante.

Sont admis à prendre part aux travaux Pratiques facultatifs, à la condition d'y être autorisés par M. le Doyen, sur leur demande écrite :

1° Les étudiants ayant 16 inscriptions ;

2° Les docteurs français ;

3° Les docteurs et étudiants en médecine étrangers à la Faculté.

L'autorisation est valable pour la durée de l'année scolaire.

Les droits sont de 40 francs, payables en une fois.

(Des affiches ultérieures feront connaître la date d'ouverture des travaux pratiques).

IV. — *Cartes d'étudiants.*

Les cartes d'étudiants, pour l'année scolaire 1893-94, seront délivrées au secrétariat de la Faculté, aux jours et heures indiqués pour les inscriptions et consignations.

EXERCICE DE DISSECTION

(Sous la direction de M. POIRIER)

Les élèves de seconde année doivent, avant d'être admis à disséquer, subir l'examen préalable d'ostéologie.

Ils sont invités à se faire inscrire dans le plus bref délai à l'Ecole pratique, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine, au bureau du chef du Matériel, de midi à quatre heures.

Les démonstrations d'ostéologie commenceront le lundi 16 octobre.

Les élèves qui prennent part à ces démonstrations sont invités à se faire délivrer la 5e inscription, s'ils veulent conserver leur place et être admis à l'examen d'ostéologie.

Les pavillons de dissection seront ouverts à partir du lundi 6 novembre, tous les jours de midi à 4 heures.

Les prosecteurs chefs de pavillon, et les aides d'anatomie dirigent et surveillent les travaux des élèves. Ils font une démonstration quotidienne dans chaque pavillon.

A) Les étudiants de 1re année ne prennent point part aux travaux anatomiques.

B) Les exercices de dissection sont obligatoires pour tous les étudiants de 2e et de 3e année : les inscriptions ne leur sont point

accordées sans certificat de dissection, et ils ne peuvent être admis à subir le 2e examen de doctorat (Anatomie) s'ils n'ont disséqué deux semestres d'hiver complets.

C) Pour les autres étudiants et les docteurs, les exercices de dissection sont facultatifs: S'ils désirent y prendre part, ils devront se munir d'une autorisation du Doyen.

La mise en série sera faite dans l'ordre suivant :

1° Elèves obligés. 2e et 3e années (suivant la date de leur inscription à l'Ecole pratique).

2° Elèves non obligés et docteurs (suivant la date de leur inscription à l'Ecole pratique.

Nota. — Nul ne peut être admis à l'Ecole pratique d'anatomie, s'il ne s'est fait préalablement inscrire au bureau du Chef de matériel et n'a reçu une carte d'entrée.

Ce bureau, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine, sera ouvert tous les jours, de midi à 4 heures, jusqu'au 15 novembre.

Pour recevoir une carte d'entrée, chaque étudiant devra présenter :

1° Sa feuille d'inscription mise à jour par le Secrétariat de la Faculté (5e inscription pour 2e année, 9e inscription pour 3e année, inscriptions prises aux dates indiquées par l'affiche spéciale du 1er trimestre 1893-94) ;

2° La quittance constatant le paiment des droits.

Passé le 15 novembre, nul ne pourra être admis à l'Ecole pratique d'anatomie sans une décision spéciale.

MÉDECINE OPÉRATOIRE

Cours d'automne

M. Poirier, assisté d'aides d'anatomie, fera, à partir du jeudi 19 octobre 1893, une série de démonstrations opératoires suivies d'exercices pratiques.

Ce cours ne pourra comprendre plus de 48 élèves.

Il est spécialement destiné aux étudiants que les circonstances obligent à passer prochainement leur examen pratique de médecine opératoire.

MM. les Etudiants qui désirent suivre ce cours devront en faire la demande écrite (sur timbre de 0 fr. 60) au Doyen de la Faculté, avant le jeudi 12 octobre.

Facultés et Ecoles des départements. — *Faculté de médecine de Bordeaux*. — Sont nommés aides de clinique (emplois nouveaux): MM. Lamarque, maladie des voies urinaires ; Oui, maladie des femmes ; Beausoleil, maladies du larynx, des oreilles et du nez.

M. Faguet est maintenu, jusqu'au 30 octobre 1894, dans les fonctions de chef de clinique chirurgicale.

Sont maintenus dans les fonctions de chef de travaux : MM. Tassaët, agr., trav. d'histol. ; Chiché, agr., d'anat. pathol. ; Lagrolet, trav. de physiol.

Sont maintenus dans les fonctions de préparateur : MM. Sellier, physiologie ; Cannieu, anatomie pathologique ; Dupouy, pharmacie ; Messant, histoire naturelle ; Venot, médecine expérimentale ; Benech, hygiène ; Lasserre, travaux pratiques d'histoire naturelle ; Favrel, travaux pratiques de chimie et de pharmacie.

Faculté de médecine de Lyon. — Sont nommés pour l'année scolaire 1893-1894 :

1° Chefs de travaux de laboratoire, MM. Mondan et Dor, clinique chirurgicale ; Roux, Métroz et Bret, clinique médicale ; Didot, agr., physique ; Vialeton, agr., anatomie générale et histologie ; Coutagne, médecine légale ; Bouveault, chimie organique et toxicologie ; Bard, agr., anatomie pathologique ; Doyon, physiologie ; Rodet, médecine expérimentale et comparée ; Barral, chimie minérale et pharmaceutique ; Beauvisage, matière médicale et botanique ; Frenkel, clinique ophtalmologique.

2° Préparateurs de laboratoire : MM. Lacroix, anatomie générale et histologie ; Nicolas, clinique des maladies cutanées et syphilitiques ; Nicolle, clinique médicale ; Paviot, anatomie pathologique ; Briau, physiologie ; Courmont, médecine expérimentale comparée ; Maître, chimie minérale ; Albertin, médecine opératoire ; Meschinet de Richemont, physique ; Martin, médecine légale ; Salvat, matière médicale et botanique ; Tuja, anatomie ; Collet, pathologie générale (aide-prép.).

Moniteurs : MM. Pittion et Tournier, clinique médicale ; MM. Adenot et Chartre, clinique chirurgicale ; M. Rossigneux, clinique ophtalmologique ; M. Fabre, clinique obstétricale ; M. Regaud, travaux pratiques d'anatomie générale.

Faculté de médecine de Montpellier. — Sont nommés pour deux ans :

1° Aides préparateur, MM. Sempé, physique ; Puig-Ametlér, chimie ; Malbois, histoire naturelle.

2° Aide d'anatomie, M. Itié.

3° Aides de clinique. MM. Malzac, maladie des enfants ; Jalabert, clinique ophtalmologique ; Vires, est institué pour une période de trois ans, projecteur.

Ecole de médecine d'Alger. — M. Cochez, est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales.

Mission scientifique. — M. le Dr Rivière (Arthur), interne lauréat des hôpitaux de Lyon, est chargé d'une mission à Vienne et dans les principales villes d'Autriche, à l'effet d'y étudier l'art chirurgical, particulièrement au point de vue de la laryngologie, de la rhinologie et de l'otologie.

Chemin de fer d'Orléans. — *Fêtes franco-russes à Toulon*. (Octobre 1893.) — A l'occasion des Fêtes Franco-Russes qui vont avoir lieu à Toulon, la Compagnie d'Orléans, d'accord avec celle de Lyon, fera délivrer à toutes les gares et stations de son réseau des billets directs aller et retour de toutes classes pour Toulon, comportant une réduction de 30 p. 100 sur le prix ordinaire des places.

Les billets dont il s'agit seront émis du 11 au 28 octobre inclus et seront valables, pour le retour, jusqu'aux derniers trains partant de Toulon le 29 octobre ; il pourront être utilisés dans tous les trains recevant réglementairement, pour le parcours à effectuer, des voyageurs à plein tarif de la classe du billet délivré.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Traité des Maladies de l'Enfance, par le Dr J. COMBY, médecin des hôpitaux. 1 vol. in-18 jésus, 900 pages relié peau pleine. — Prix : 12 francs. — Librairie Rueff et Cie, éditeurs, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

L'enseignement de la Gynécologie en France ; rapport par le Dr DOLÉRIS, accoucheur des hôpitaux.

Bulletin hebdomadaire de Statistique municipale.

DÉCÈS NOTIFIÉS DU 1er AU 7 OCTOBRE 1893

Fièvre typh., 15.—Typhus, 0.—Variole, 5.—Rougeole, 4.—Scarlatine, 2. — Coqueluche, 0.— Diphtérie, croup, 14.— Grippe, 0. — Affections cholériformes, 0. — Phtisie pulmonaire, 192. — Méningite tuberculeuse, 12. — Autres tuberculoses, 11. — Tumeurs cancéreuses et autres, 56. — Méningite, 16. — Congestion et hémorrhagie cérébrale, 33. — Paralysie, 8. — Ramollissement cérébral, 5. — Maladies organiques du cœur, 57. — Bronchite aiguë et chronique, 27. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 32. — Autres affections de l'appareil respiratoire, 26. — Gastro-entérite des enfants : sein, biberon et autres, 48. — Fièvre et péritonite puerpérales, 2. — Autres affections puerpérales, 4. — Débilité congénitale, 25. —Sénilité, 23. — Suicides, 13. — Autres morts violentes, 15. — Autres causes de mort, 121. — Causes inconnues, 7. — Total : 764.

Le Rédacteur en chef et Gérant : F. DE RANSE.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame. — *Téléphone*.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Rédacteur en chef : M. le Dr F. DE RANSE

Comité de Rédaction : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN

J. ARNOULD (de Lille), P. FABRE (de Commentry), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon)

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, avenue Montaigne (Rond-Point des Champs-Élysées

DÉONTOLOGIE

SUR LES MALADIES ÉPIDÉMIQUES ENTRAINANT LA DÉCLARATION OBLIGATOIRE (1).

Rapport fait au nom de la section d'hygiène composée de MM. Bergeron, Th. Roussel, Lagneau, Proust, Léon Colin, Brouardel, Besnier (Ernest), Magnan *et* Vallin, *rapporteur.*

Messieurs,

L'article 15 de la loi du 30 oovembre 1892 sur l'exercice de la médecine est ainsi conçu :

Tout docteur, officier de santé ou sage-femme est tenu de faire à l'autorité publique, son diagnostic établi, la déclaration des cas de maladies épidémiques tombées sons son observation et visées dans le paragraphe suivant.

La liste des maladies dont la divulgation n'engage pas le secret professionnel sera dressée par arrêté du ministre de l'Intérieur, après avis conforme de l'Académie de médecine et du Comité consultatif d'hygiène publique de France. Le même arrêté fixera le mode de déclaration desdites maladies.

En conséquence, M. le Ministre de l'Intérieur, par une lettre en date du 19 juin 1893, s'est adressé en ces termes à notre compagnie :

Paris, le 19 juin 1893,

Monsieur le Secrétaire perpétuel,

L'article 15 de la loi du 30 novembre 1892, sur l'exercice de la médecine, relatif à la déclaration obligatoire des cas de maladies épidémiques, dispose que la liste de ces maladies sera dressée par arrêté du Ministre de l'Intérieur après avis de l'Académie de médecine et du Comité consultatif d'hygiène publique de France. Le Comité a délibéré sur cette question dans sa séance du 12 juin courant et il a adopté les conclusions d'un rapport qui lui a été présenté au nom de sa Commission de législation, par M. le professeur Proust. Le Comité a ajouté la coqueluche aux maladies dont la liste avait été dressée par sa Commission.

(1) En raison de l'importance et de l'intérêt que présente pour le corps médical tout entier le rapport de M. Vallin, nous le publions *in extenso*. (Académie de médecine, 10 octobre 1893.)

En vous adressant huit exemplaires de ce rapport, j'a l'honneur de vous prier de saisir de l'affaire l'Académie, en exécution de la loi du 30 novembre 1892.

La loi devant entrer en vigueur le 1er décembre 1893, il y aurait intérêt à ce que l'avis de l'Académie me parvint le plus tôt possible.

Recevez, Monsieur le Secrétaire perpétuel, l'assurance de ma considération très distinguée.

Le Président du Conseil, Ministre de l'Intérieur,
Pour le Ministre,
Le Conseiller d'État,
Directeur de l'Assistance et de l'hygiène publiques,
Signé : Monod.

La *loi sanitaire*, dite encore *loi pour la protection de la santé publique*, a été votée en première lecture par la Chambre des députés le 26 juin 1893. L'article 9 de cette loi rend également cette déclaration obligatoire pour le médecin, mais avec cette addition importante, qu'en l'absence d'un médecin appelé, le chef de famille, le logeur, seront tenus à la même obligation.

Voici le texte précis de cet article de la loi :

Art. 9. — La déclaration à l'autorité publique de tout cas de maladie infectieuse est obligatoire pour tout docteur, officier de santé ou sage-femme qui en a constaté l'existence, ou, à défaut, pour le chef de famille, maître d'hôtel ou directeur d'établissement ou les personnes qui soignent les malades.

La liste de ces maladies est dressée par arrêté du ministre de l'intérieur, sur avis conforme de l'Académie de médecine et du Comité consultatif d'hygiène publique de France.

Cette déclaration obligatoire des maladies épidémiques est une des bases des lois sanitaires adoptées depuis longtemps dans presque tous les pays de l'Europe : en Angleterre, en Prusse, dans le grand-duché de Bade, en Saxe, en Bavière, en Italie, comme aussi aux Etats-Unis d'Amérique. Elle a pour but de ne plus laisser l'autorité désarmée devant des faits dont vous me permettrez de vous rappeler quelques exemples :

Une famille étrangère vient habiter un appartement sur un de nos grands boulevards ; l'enfant contracte au dehors la diphtérie et meurt. La famille, désolée, quitte précipitamment Paris, sans qu'aucune mesure de désinfection eût été prise. On ne sait si les meubles, les tentures et les tapis vendus sur place ont déterminé des contagions d'origine ignorée. Mais quelques mois plus tard de nouveaux locataires s'installent dans l'appartement. Un enfant contracte la diphtérie et meurt ; après lui, la mère, un autre enfant, une domestique ; la famille est presque anéantie.

On a pensé qu'il y avait « quelque chose à faire » pour

empêcher le retour de tels désastres. Sous le régime de la prochaine loi sanitaire, le médecin de la famille eût fait connaître à l'autorité sanitaire, c'est-à-dire au maire, ce premier cas de diphtérie ; le médecin délégué aurait sans peine réussi à pratiquer gratuitement, en quelques heures, presque sans dérangement, la désinfection de la literie, des objets souillés, de l'appartement tout entier, et à épargner ainsi plusieurs existences.

Trousseau rapporte dans ses *Cliniques* qu'une épidémie de variole se déclara un jour dans une des rues les plus fréquentées de Paris. Le bruit public révéla tardivement l'origine de cette épidémie de quartier. Une femme tenait une boutique de mercerie très achalandée ; son enfant contracta la variole. Afin de pouvoir continuer son commerce et donner tous ses soins à l'enfant, elle avait dressé pour celui-ci un lit, caché derrière un paravent dans un coin de sa boutique. Les acheteurs rapportaient les germes varioleux à la maison, dans leurs vêtements, avec les objets achetés sur lesquels s'étaient déposées les poussières virulentes, ou qu'avait touchés la mère, de la même main qui quelques instants auparavant débarrassait le visage de l'enfant de ses croûtes varioleuses.

Désormais, en pareil cas, l'autorité sanitaire avertie exposerait à la mère le danger qu'elle fait courir au voisinage ; elle lui persuaderait aisément que dans son propre intérêt, pour conserver sa clientèle, il est indispensable d'isoler son enfant dans une chambre haute de la maison, de le faire soigner par une personne amie, ou de le soigner elle-même en se faisant remplacer dans son commerce ; en outre, on désinfecterait rigoureusement la boutique avec les objets qu'elle contient : on secourerait en un mot la mère et l'enfant en leur causant le moindre dommage, au grand profit de la santé publique.

Dans un groupe de maisons d'une ville populeuse de l'Ouest, des cas de fièvre typhoïde et des décès continuaient à se produire depuis plusieurs mois. C'est seulement quand le nombre des victimes fut devenu considérable que l'opinion s'émut ; une enquête fut ordonnée par un maire d'ailleurs très soucieux des intérêts de l'hygiène ; on découvrit tardivement la cause de cette épidémie qui s'arrêta. Si la déclaration obligatoire et l'inspection sanitaire qui en est la conséquence naturelle avaient eu lieu dès le premier cas, le médecin délégué par la municipalité aurait recherché les causes d'insalubrité des différentes maisons ; il aurait examiné l'eau, son origine, ses conduites, ses réservoirs, les latrines, la canalisation des eaux ménagères, les égouts, etc. Il eût alors reconnu qu'un des propriétaires de ces maisons avait suppléé à l'absence de fosse fixe et d'égout par un puisard qui recevait les eaux ménagères et les déjections humaines. Ce puisard à fond perdu avait infecté la nappe souterraine et par conséquent les puits qu'elle desservait, de sorte que tous les habitants qui s'abreuvaient à ces puits ingéraient les infiltrations provenant du puisard. La déclaration obligatoire aurait fait en quelque sorte l'économie de toutes les victimes antérieures à l'enquête.

La déclaration obligatoire de chaque cas de maladie infectieuse semble donc le principe et la condition *sine qua non* de toute prophylaxie. Cette déclaration est imposée à celui qui a la compétence, c'est-à-dire au médecin, et à son défaut au chef de famille, au directeur d'établissement, au logeur, etc.

On a invoqué le secret médical et l'art. 378 du Code pénal, qui punit l'indiscrétion « des personnes dépositaires par état ou profession des secrets qu'on leur confie ». Ce respect de la chose confiée est, depuis Hippocrate, l'un des privilèges et l'un des devoirs les plus sacrés de notre profession ; nous en sommes justement jaloux. Mais à côté des cas, relativement rares, où l'honneur et la réputation d'un individu ou d'une famille dépendent de notre discrétion, il faut bien reconnaître qu'il en est un plus grand nombre où la nature de la maladie est en quelque sorte de notoriété publique. Dans le salon où se réunit une assistance en deuil, tout le monde s'entretient de la maladie (diphtérie, scarlatine, fièvre typhoïde, etc.) qui vient d'enlever un parent ou un ami. Seule l'autorité sanitaire l'ignore, alors peut-être que son intervention préserverait de la contagion l'une des personnes qui poussent le scrupule jusqu'à la « discrétion homicide », suivant l'heureuse expression de notre éminent vice-président.

Vit-on jamais un médecin, s'abritant derrière le secret professionnel qui souvent le protège, mais parfois l'opprime, refuser d'établir un certificat d'aliénation mentale, destiné à assurer la séquestration d'un aliéné dangereux pour lui-même et pour les autres ? Le premier cas d'une maladie contagieuse abandonné sans mesures sanitaires dans une maison habitée par un grand nombre de ménages n'expose pas à un moindre danger que l'aliéné laissé libre de sa personne dans la rue ; d'autre part, la déclaration d'une maladie épidémique cause presque toujours au malade et à sa famille moins d'inconvénients que le certificat délivré par le médecin aliéniste.

Une des conséquences de la loi sanitaire sera sans doute l'obligation de la discrétion professionnelle, imposée par l'art. 378 du Code pénal au personnel administratif chargé de recevoir les déclarations, comme elle l'est depuis longtemps aux employés des télégraphes et à beaucoup d'autres administrations publiques.

Quoi qu'il en soit, la loi du 28 juillet 1892 a établi qu'il y a des maladies dont la divulgation n'engage pas le secret professionnel. Messieurs, la loi est votée et promulguée ; on ne discute pas la loi, on s'y soumet ; qu'elle plaise ou non, il n'importe. Notre devoir est de chercher en commun, dans un esprit de modération et d'équité, quelles sont celles des maladies infectieuses et transmissibles dont la déclaration est nécessaire au point de vue de la sécurité et de la salubrité publiques.

Les principes qui nous ont dirigé dans cette recherche sont simples et peu nombreux :

1° Les maladies doivent être de celles qui peuvent compromettre gravement la santé d'un grand nombre de personnes au voisinage du premier malade ;

2° Ces malades doivent être justiciables non seulement de soins médicaux individuels, mais aussi d'une intervention administrative et de mesures sanitaires imposables dans l'intérêt de l'hygiène publique, car aucune ingérence ne peut avoir lieu dans le traitement établi par le médecin habituel ;

3° La déclaration de tout cas sporadique est indispensable ; toute épidémie, en effet, débute par des cas en apparence sporadiques, dix médecins différents pouvant observer le même jour, à l'insu l'un de l'autre, un cas isolé de la même maladie ;

4° Enfin, dans l'établissement de cette liste d'ailleurs revisable, il est nécessaire de tenir compte des difficultés d'exécution, de l'état de la science et de l'opinion publique, etc. La déclaration ne doit être imposée que pour la maladie dont le danger est évident, grave, susceptible d'être conjuré par des mesures n'excédant pas le bénéfice qu'on doit en retirer.

Déjà, dans la séance du 24 septembre 1888, le Comité consultatif d'hygiène publique de France, saisi d'un vœu du conseil général de Seine-et-Marne, avait adopté les conclusions d'un rapport de M. Brouardel, avec la liste des maladies épidémiques dont la déclaration serait obligatoire pour le médecin. Au mois de juin 1893, le même Comité fut chargé comme l'est aujourd'hui l'Académie, de dresser la liste prévue par l'art. 15 de la loi du 28 juillet 1892. Sur le rapport de notre collègue M. Proust, le Comité a adopté une liste que nous croyons utile de mettre dès à présent sous vos yeux :

Liste du Comité consultatif d'hygiène.

- Le choléra et les affections cholériformes,
- La fièvre typhoïde,
- Le typhus exanthématique,
- Les infections puerpérales,
- L'ophtalmie purulente des nouveau-nés,
- L'érysipèle,
- La dysenterie épidémique,
- La diphtérie (croup et angine couenneuse),
- La variole et la varioloïde,
- La scarlatine,
- La rougeole,
- La suette miliaire,
- La coqueluche.

Cette liste servira de terme de comparaison avec celle que votre Commission vous propose ; elle n'en diffère d'ailleurs que par un petit nombre de points.

Nous croyons utile de placer au premier rang les maladies dites pestilentielles ou exotiques : *choléra*, *peste* et *fièvre jaune*. La loi de 1822 a déjà rendu leur déclaration obligatoire, mais elle y ajoute la sanction d'une pénalité excessive, qui la rend presque inapplicable.

Il n'y a pas lieu de distinguer entre choléra asiatique ou épidémique, choléra nostras ou sporadique. La lumière n'est pas faite sur les affinités étiologiques qui existent entre ces différentes affections ; on ne peut dire encore si elles ne sont que les expressions graduées d'une intoxication par un germe unique plus ou moins atténué. Il est donc utile de comprendre avec le choléra les affections cholériformes. Le choléra infantile est une maladie différente, improprement dénommée, qui n'appartient pas à ce groupe.

Variole, scarlatine, rougeole. — Nulle observation pour ces fièvres éruptives ; il importe peu que la forme soit grave ou très bénigne, puisque cette dernière peut donner naissance à des cas mortels.

Suette miliaire. — Les récentes épidémies observées dans le Poitou en 1889 ne permettent pas de séparer la suette miliaire des fièvres éruptives et en particulier de la rougeole. Elles ont montré à la fois la rapide extension de la suette, que l'on considérait déjà comme une maladie éteinte, et l'efficacité des mesures prophylactiques. La déclaration des premiers cas a ici une importance particulière.

Diphtérie. — La fréquence croissante de cette affection, l'intensité et la persistance extrême de sa virulence, la précocité de la contagion, l'évidence du danger mettent la diphtérie à l'un des premiers rangs de la liste prescrite par la loi.

Fièvre typhoïde. — C'est peut-être pour la fièvre typhoïde que le bénéfice de la loi nouvelle sera le plus évident. Il s'agit beaucoup moins ici de désinfecter les objets et les locaux contaminés par le malade, moins encore d'isoler ce dernier, que de rechercher et de supprimer la cause primitive, le foyer de l'infection, etc. Le premier cas de la maladie est la preuve de l'existence dans la maison d'une cause d'insalubrité qui, si l'on n'intervient, frappera tout le monde successivement ou à la fois. Dans l'armée française, tout cas de fièvre typhoïde entraîne désormais une enquête sur ses causes probables ; depuis moins de dix ans, la fréquence de la fièvre typhoïde a diminué de plus de moitié dans nos casernes.

Il en est de même du *typhus exanthématique*, presque inconnu ou méconnu dans notre pays, et dont il n'y aurait pas lieu de parler, si des manifestations récentes n'avaient démontré son extrême contagiosité et la facilité avec laquelle un cas isolé, transporté par un vagabond, peut créer un foyer dangereux.

La *dysenterie épidémique* cause souvent de grands ravages, même dans nos pays tempérés ; les selles ont alors une virulence particulière. Quand elles sont déposées sur les fumiers, autour des habitations à la campagne, elles vont souiller les cours d'eau, la nappe souterraine, les fontaines et les sources, et sont ainsi une cause d'aggravation et de prolongation des épidémies. Bien qu'on n'ait pas encore déterminé d'une façon rigoureuse les relations pathogéniques qui existent entre cette forme grave et les diarrhées dysentériformes si communes dans la saison estivo-automnale, des précautions communes suffisent contre ces dernières. La déclaration obligatoire, au contraire, est nécessaire dans le cas de dysenterie épidémique.

Jusqu'ici l'accord est facile ; pour les maladies qui précèdent, le danger est manifeste, et l'intervention de l'autorité administrative est nécessaire pour éclairer les personnes ignorantes, suppléer à leur négligence ou à leur indifférence. Il n'en est plus ainsi pour certaines affections qui menacent les collectivités, y prennent une gravité exceptionnelle, à tel point que quelques-uns de nos collègues avaient pensé qu'il y aurait lieu d'établir deux listes : l'une pour les individus isolés, l'autre pour les collectivités.

Les teignes, les infections septicémiques, l'érysipèle ont, au point de vue de la santé publique, une importance très différente suivant qu'on les observe chez un particulier, à domicile, ou bien dans un hôpital, dans une école.

Bien que l'Académie ne soit pas consultée sur le mode de déclaration des maladies épidémiques ou contagieuses, on peut prévoir que les hôpitaux, les casernes, les écoles publiques ne seront pas astreintes aux mêmes règles qu'un simple particulier.

Ces établissements ont un service médical journalier ou à courte périodicité, assuré par des fonctionnaires publics, chargés d'appliquer un règlement qu'impose l'autorité centrale. La compétence, la surveillance, les moyens d'exécution ne font pas plus défaut dans un hôpital que dans un lycée. Sans doute ces établissements n'échappent pas

complètement aux prescriptions de la future loi sanitaire : il importe à l'autorité municipale ou sanitaire de savoir si cet hôpital ou ce lycée n'est pas devenu temporairement un foyer épidémique dangereux pour le voisinage ; ce qui est applicable aux malades ou aux élèves ne l'est plus au employés et à leurs familles, logés dans l'établissement mais n'étant pas obligatoirement soumis à la surveillance médicale et pouvant librement choisir leur médecin, etc.

Malgré ces restrictions, l'hygiène publique et la police sanitaire seront en général bien assurées dans ces divers services publics.

Il n'en est plus de même dans les écoles libres, les ateliers, les manufactures, les ouvroirs, crèches ou asiles créés par l'initiative privée, entretenus et surveillés par elle. Il n'y a plus ici les mêmes garanties, et ces collectivités doivent être considérées comme l'équivalent de familles très nombreuses. Nous pensons donc qu'il n'y a pas lieu de dresser pour les groupes collectifs une liste spéciale de maladies entraînant la déclaration obligatoire, et nous pouvons poursuivre notre examen, en visant exclusivement les particuliers.

L'*érysipèle*, pas plus que les *affections septicémiques*, ne doivent entraîner dès à présent la déclaration. Redoutables dans un hôpital, au milieu de plaies ouvertes, d'opérations journalières, de traumatismes accidentels, leur danger est beaucoup moindre dans une maison, un appartement, habités d'ordinaire par des gens bien portants. Faudra-t-il déclarer un érysipèle spontané limité à la région nasale, un panaris mal pansé, etc. ? Les cas sont relativement rares, le danger est limité au voisinage le plus immédiat. Il est préférable de s'abstenir.

En ce qui concerne les *infections puerpérales*, la question est des plus délicates, et peut, si l'on n'y prend garde, faire échouer la loi qui se prépare.

Un accouchement a lieu dans les conditions ordinaires de la vie ; des accidents puerpéraux se produisent à domicile ou chez une sage-femme ; on a déclaré le nom de la mère et la naissance de l'enfant, la déclaration de l'infection puerpérale n'entraîne ici aucune conséquence grave. Mais, cette fois, l'accouchement est clandestin ; la fille-mère a réclamé la discrétion la plus complète. Peut-on dire que la déclaration n'engage pas le secret médical et n'expose pas aux rigueurs de l'article 378 ? Sans doute une loi peut stipuler une exception à une autre loi, dans un intérêt d'ordre public ; sans doute cette infection puerpérale se produit chez une sage-femme, au voisinage d'autres parturientes qui seront peut-être victimes à leur tour d'une contagion dont les sources sont innombrables. La déclaration imposée dans ces cas soulèverait de vives résistances. Un calcul basé sur les statistiques des dernières annés nous a montré que les accidents puerpéraux ou mortels à la suite de naissance illégitime ne surviennent qu'une fois sur 12,000 (1) accouchements de toute sorte. L'on peut affirmer que la moitié de ces naissances illégitimes ont lieu dans les hôpitaux et les maternités, où la déclaration nominale des intoxications puerpérales ne sera pas obligatoire : soit une chance sur 25.000 accouchements d'avoir à déclarer des accidents puerpéraux (mortels ou non) chez une femme qui peut réclamer le secret professionnel. Ajoutons à cela que le médecin et la sage-femme connaissent désormais la nécessité de l'asepsie la plus rigoureuse dans les accouchements quels qu'ils soient ; la sage-femme est matériellement intéressée à prendre dans sa propre maison toutes les mesures de désinfection pour lesquelles elles possède les ingrédients nécessaires.

Il doit donc rester loisible au médecin et même à la sage-femme, dans les cas d'infection puerpérale, de se retrancher derrière le secret professionnel, *quand ce secret aura été réclamé*, et dans les cas très rares, où la discrétion s'imposera comme un devoir supérieur aux intérêts de la santé publique. La déclaration devra être faite, au contraire, toutes les fois que le médecin et la sage-femme ne se croiront pas liés par les prescriptions de l'article 378 du Code pénal.

L'*ophtalmie purulente des nouveau-nés* est un fléau dont il y a peu d'années on ne mesurait pas toute l'importance. Sur 100 aveugles, 50 le sont par suite d'ophtalmie contractée lors de l'accouchement, par inoculation à l'œil des sécrétions vaginales. Abandonnée à elle-même ou mal soignée, elle amène en quelques jours la perforation de l'œil; bien traitée, elle guérit presque toujours. La déclaration obligatoire de la naissance a pour but de protéger la vie de l'enfant ; la déclaration de l'ophtalmie aura pour but de lui assurer la conservation de la vue. Depuis une quinzaine d'années il s'est fait à ce point de vue un grand mouvement d'opinion parmi les médecins de tous les pays ; aujourd'hui tout accoucheur instruit prend des soins antiseptiques spéciaux pour préserver les yeux de l'enfant pendant et après l'accouchement ; l'ophtalmie purulente devient rare entre ses mains ; elle continue ses ravages entre des mains ignorantes.

On a proposé de faire signaler l'état des yeux par le médecin de l'état civil qui vient à domicile constater des naissances, mais cette constatation à domicile ne se fait pas partout. Bien que la santé publique ne soit pas ici menacée par des épidémies (elle ne l'est que dans les crèches), il y a lieu de rendre obligatoire non pour le médecin, mais pour la sage-femme, les parents et les personnes qui soignent l'enfant, la déclaration de toute ophtalmie qui survient dans les dix jours après la naissance. Il n'y a pas lieu de l'imposer au médecin, puisque seul il a qualité pour soigner l'enfant et appliquer le traitement nécessaire.

On a proposé de joindre à cette liste, sous la dénomination générale de *teigne*, les affections parasitaires du cuir chevelu, à cause de leur extension facile et de leur persistance extrême dans les agglomérations d'enfants. Les difficultés d'application nous paraissent rendre impossible la déclaration obligatoire pour ces diverses affections. Quand la pelade, le favus ou l'herpès tonsurant atteint un enfant soigné dans sa famille par un médecin instruit et une mère attentative, quand l'épilation, la rasure, l'application des topiques parasiticides se font scrupuleusement, on peut dire que le danger de contagion est fort limité, d'autant plus que les plaques dénudées signalent assez le petit malade à l'attention des mères dont les enfants seraient exposés à fréquenter la maison. La déclaration obligatoire dans ces cas serait vexatoire pour les parents, car une sorte de honte s'attache à ces maladies qu'on suppose causées par-

(1) Il y a en effet 80 naissances illégitimes sur 1000 naissances totales ; on compte au maximum 1 décès par intoxication puerpérale sur 100 accouchements, soit donc 1 décès par suite de naissance illégitime sur 12.000 accouchements à l'hôpital, chez les sages-femmes, ou à domicile.

le manque de soin. Le danger n'est réel que dans les écoles, les crèches, les ouvroirs, les manufactures, où ces enfants ne doivent jamais être admis et où leur éviction devrait toujours être prononcée par le directeur. Mais supposons la déclaration obligatoire : de quelle façon et dans quelle mesure interviendra l'autorité sanitaire ? Il n'y a point ici à désinfecter la maison, la literie, les objets mobiliers ; on ne peut songer à isoler l'enfant ; de quelle façon lui imposera-t-on un traitement qui demande des soins minutieux continués pendant de longs mois ? On peut conseiller, favoriser ce traitement dans un dispensaire ou dans un hôpital spécial. Il est difficile de l'imposer. On ne saurait actuellement exiger davantage pour une affection qui compromet l'esthétique, inspire des répugnances justifiées, cause une gêne extrême, mais qui n'a jamais causé la mort de personne.

Il en est de même de la *coqueluche*. Nous ne méconnaissons ni sa gravité, ni sa contagiosité. Bien que le Comité consultatif d'hygiène l'ait ajoutée, paraît-il, à la liste que lui avait soumise sa commission, nous croyons devoir, pour elle, rejeter la déclaration obligatoire. La déclaration vient d'avoir lieu ; que va faire l'autorité ? Va-t-elle faire désinfecter plusieurs fois par semaine l'appartement et tous les objets que l'enfant a souillés de ses crachats et de ses vomissements ? Va-t-elle imposer pendant trois mois et plus la réclusion à un enfant qui s'étiole et s'épuise ? L'empêchera-t-elle d'aller respirer l'air de la campagne ? Lui interdira-t-elle nos rues, nos parcs, nos promenades ? On ne peut lui interdire que le séjour dans les établissements publics, ce que prescrivent déjà les règlements et la responsabilité ou l'intérêt des chefs d'institutions.

Les conseils du médecin de la famille, la réserve consciencieuse des parents, la crainte de la réprobation publique feront plus qu'une déclaration vexatoire, qui n'aura pour conséquence aucune mesure sérieusement applicable.

Messieurs, la loi du 30 novembre 1892 n'a pas entendu rendre obligatoire la déclaration de toutes les maladies dont la divulgation n'engage pas le secret professionnel ; cette déclaration, qui est après tout une atteinte à la liberté individuelle, doit être justifiée par le danger sérieux qu'un cas ignoré de maladie ferait courir à la santé publique.

Cette déclaration n'a pas pour but d'attirer des rigueurs sur le chef de famille déjà assez malheureux de voir le choléra, le croup, la fièvre typhoïde s'abattre sur les siens ; au lieu de le torturer ou de le punir, il faut l'éclairer, le conseiller, lui venir en aide matériellement et moralement, le protéger en protégeant la santé publique. L'hygiène, comme la police sanitaire, doit être secourable et humaine ; elle devient odieuse, quand elle est tracassière et oppressive.

Messieurs, la section d'hygiène a l'honneur de vous proposer de répondre à la demande de M. le ministre de l'intérieur, en lui adressant la liste suivante des maladies épidémiques dont la déclaration est obligatoire et dont la divulgation n'engage pas le secret professionnel :

Choléra et affections cholériformes,
Fièvre jaune,
Peste,
Variole,
Scarlatine,
Rougeole,
Suette miliaire,
Diphtérie (croup et angine couenneuse),
Fièvre typhoïde,
Typhus exanthématique,
Dysenterie épidémique,
Infections puerpérales (quand le secret n'aura pas été réclamé),
L'ophtalmie purulente.

Pour cette dernière maladie toutefois, la déclaration obligatoire ne pourra être imposée au médecin, qui seul a qualité pour soigner l'enfant et appliquer le traitement nécessaire ; mais elle devra l'être aux autres personnes énumérées à l'article 9 de la loi sanitaire.

CHIMIE BIOLOGIQUE

DE L'ACTION DU BICARBONATE DE SOUDE SUR LE CHIMISME STOMACAL,

Par M. A. Gilbert (1).

Sur le conseil de M. Hayem, j'ai entrepris au Laboratoire de Thérapeutique de la Faculté l'étude de l'action du bicarbonate de soude sur le chimisme stomacal physiologique.

Mes recherches ont été faites sur un chien mâtin vigoureux du poids de 17 kilogrammes, auquel j'ai pratiqué au commencement de l'année 1890 une fistule gastrique. Elles été poursuivies pendant deux années sur le même animal, dont la santé est demeurée constamment excellente.

J'ai varié mes expériences, en introduisant dans l'estomac des eaux alcalines naturelles (eau de Vichy, source des Célestins ; eau de Saint-Yorre, source Saint-Louis n° 1) et des eaux artificielles d'un faible titre (5 gr. 103 de bicarbonate de soude par litre), et d'un titre élevé (20 grammes de bicarbonate par litre), en les administrant seules ou en faisant ingérer simultanément, antérieurement ou postérieurement, de la viande.

L'eau a été introduite dans l'estomac par la voie fistulaire, à la dose de 400 grammes, lorsqu'elle a été donnée seule ; dans le cas contraire, sa quantité a été réduite à 200 grammes et un égal poids de viande de bœuf a été administré.

Chaque expérience a été faite dans des conditions identiques, au commencement de l'après-midi, l'animal n'ayant pris dans la matinée aucune nourriture.

Le contenu gastrique a été extrait de quart d'heure en quart d'heure pour être soumis au procédé d'analyse imaginé par M. Winter. L'extraction n'a pas été faite au-delà de la première demi-heure, après la seule administration de l'eau et de la viande. Mes recherches ne visent, par conséquent, que l'action du bicarbonate de soude sur *le début* de la digestion gastrique.

Pour mesurer cette action, j'ai répété avec de l'eau distillée toutes les expériences faites avec les solutions alcalines, en me plaçant dans les mêmes conditions.

Le chimisme stomacal de l'animal expérimenté s'est, à la vérité, modifié peu à peu pour devenir plus intensif, si bien qu'au bout de deux ans, il différait d'une façon appréciable du chimisme initial ; mais comme les expériences faites avec les eaux alcalines et avec l'eau simple, dans les mêmes

(1) Société de biologie, 22 juillet 1893.

conditions, ont été poursuivies parallèlement, leurs résultats deviennent rigoureusement comparables.

J'ai tout d'abord envisagé l'influence exercée sur le chimisme gastrique par l'introduction isolé dans l'estomac d'une solution alcaline. Pour cette recherche, j'ai employé l'eau de Vichy-Célestins.

L'extraction du contenu gasrique, après un quart d'heure, a donné les chiffres suivants :

T = 0.084	H = 0.004	
F = 0.080	C = 0	
	0.004 Réaction alcaline.	

Après une 1/2 heure :

T = 0.240	H = 0	
F = 0.226	C = 0.014	
	0.014 Réaction alcaline.	

D'autre part, avec l'eau distillée j'ai obtenu les chiffres suivants, au bout d'un 1/4 d'heure :

T = 0.091	H = 0	A = 0.0084
F = 0.083	C = 0.008	α = 1
	0.008	

Après une 1/2 heure :

T = 0.284	H = 0.007	A = 0.060
F = 0.204	C = 0.073	α = 0.73
	0 080	

L'eau de Vichy-Célestins, il est indispensable de le rappeler ici, renferme, par litre, 1 gr. 049 d'acide carbonique, 5,103 de bicarbonate de soude, 0,462 de bicarbonate de chaux, 0,328 de bicarbonate de magnésie, 0,315 de bicarbonate de potasse, 0,005 de bicarbonate de strontiane, 0,291 de sulfate de soude, 0,002 d'arséniate de soude, 0,060 de silice. Elle contient, en outre, une petite quantité de chlore, principalement combiné à l'état de chlorure de sodium. Il résulte de mes dosages que le chlore total d'un litre d'eau de Vichy-Célestins s'élève à 0,360, et que, par conséquent, 100 grammes en contiennent 0,036.

Si l'on veut prendre une idée exacte de la modification apportée au chimisme gastrique par les principes que contient l'eau de Vichy-Célestins, il est donc nécessaire de soustraire ce chiffre 0.036 de ceux qui, dans les expériences relatées plus haut, représentent la teneur du suc stomacal extrait au bout d'un quart d'heure et d'une demi-heure en chlore total et en chlore inorganiquement combiné.

Cette remarque étant faite, du rapprochement et de la comparaison des chiffres que m'a fournis l'analyse découle cette observation que la digestion de l'eau de Vichy-Célestins (au moins pendant la demi-heure qui suit son introduction dans l'estomac) se différencie de celle de l'eau distillée par l'alcalinité du contenu gastrique, par sa teneur plus faible en chlore total et en chlore combiné aux substances organiques.

J'ai recherché ensuite l'influence du bicarbonate de soude sur la digestion gastrique en le faisant ingérer soit une heure après la viande, soit une demi-heure avant. L'eau de Vichy-Célestins seule encore a été utilisée pour cette étude.

L'eau de Vichy ayant été administrée une heure après la viande, j'ai obtenu les résultats suivants, après un 1/4 d'heure :

T = 0 313	H = 0	A = 0.189
F = 0.175	C = 0.138	α = 1.38
	0.138	

Après une 1/2 heure :

T = 0.328	H = 0.007	A = 0.210
F = 0.175	C = 0.146	α = 0.63
	0.153	

L'eau distillée m'a donné ces autres résultats après un 1/4 d'heure :

T = 0.357	H = 0.022	A = 0.202
F = 0.124	C = 0.211	α = 0.85
	0.233	

Après une 1/2 heure :

T = 0.350	H = 0.022	A = 0.275
F = 0.102	C = 0.226	α = 1.12
	0.248	

L'eau de Vichy, d'autre part, ayant été donnée une 1/2 heure avant la viande, j'ai consigné les chiffres qui suivent, après un 1/4 d'heure ;

T = 0.306	H = 0.066	A = 0.119
F = 0.211	C = 0.029	α = 1.83
	0.095	

Après une 1/2 heure :

T = 0.372	H = 0.029	A = 0.312
F = 0.131	C = 0.212	α = 1.33
	0.241	

Après 3/4 d'heure :

T = 0.408	H = 0.032	A = 0.428
F = 0.102	C = 0.274	α = 1.44
	0.306	

Après 1 heure :

T = 0.459	H = 0.018	A = 0.523
F = 0.098	C = 0.343	α = 1.47
	0.361	

En regard de ces chiffres se placent les suivants obtenus avec l'eau simple, au bout d'un 1/4 d'heure :

T = 0.284	H = 0	A = 0.171
F = 0.219	C = 0.065	α = 2.63
	0.065	

Après une 1/2 heure :

T = 0.379	H = 0.008	A = 0.351
F = 0.135	C = 0.233	α = 1.47
	0.241	

Après 3/4 d'heure :

T = 0.410	H = 0.037	A = 0.428
F = 0.124	C = 0.255	α = 1.523
	0.292	

Après 1 heure :

T = 0.478	H = 0	A = 0.495
F = 0.091	C = 0.387	α = 1.28
	0.387	

L'administration de l'eau de Vichy une heure après la

viande a une action d'une grande netteté, elle abaisse au moins pendant une demi-heure le taux acide du contenu stomacal et les chiffres qui expriment sa teneur en chlore total et en chlore organiquement combiné.

L'administration de l'eau de Vichy une demi-heure avant la viande est égalcment suivie pendant une demi heure d'une diminution dans l'acidité du contenu gastrique ; mais ses autres effets sont peu décisifs. Si l'on tient compte de la présence d'une petite proportion de chlore dans l'eau des Célestins, l'on peut admettre une légère action dépressive sur le chlore total. Les combinaisons organiques du chlore sont également amoindries ; mais, par contre, l'acide chlorhydrique libre se produit en quantité anormale.

En dernier lieu, j'ai étudié l'action du bicarbonate de soude sur le chimisme stomacal, en l'administrant en même temps que la viande.

Une solution de bicarbonate de soude à 20 p. 1.000 m'a donné les résultats suivants, après 1/4 d'heure :

T = 0.266	H = 0	
F = 0.262	C = 0.004	
	0.004 Réaction alcaline.	

Après une 1/2 heure :

T = 0.295	H = 0.011	
F = 0.284	C = 0	
	0.011 Réaction alcaline.	

Après 3/4 d'heure :

T = 0.365	H = 0	A = 0.105
F = 0.284	C = 0.081	α = 1.30
	0 081	

Après 1 heure :

T = 0.427	H = 0.008	A = 0.237
F = 0.230	C = 0.197	α = 1.16
	0.205	

Une solution de bicarbonate de soude à 5,103 p. 1.000 (c'est-à-dire contenant la même proportion de bicarbonate de soude que l'eau de Vichy-Célestins) m'a donné ces autres chiffres, après un 1/4 d'heure :

T = 0.204	H = 0	A = 0.047
F = 0.182	C = 0.022	α = 2.14
	0.022	

Après 1/2 heure :

T = 0.365	H = 0.073	A = 0.156
F = 0.182	C = 0.110	α = 0.75
	0.183	

Après 3/4 d'heure :

T = 0.350	H = 0	A = 0.292
F = 0.131	C = 0.219	α = 1.33
	0.219	

Après 1 heure :

T = 0.416	H = 0	A = 0.365
F = 0.124	C = 0.292	α = 1.25
	0.292	

L'eau de Vichy-Célestins m'a donné des chiffres très voisins des précédents, à savoir, au bout d'un 1/4 d'heure :

T = 0.233	H = 0	A = 0.089
F = 0.197	C = 0 605	α = 2.47
	0.036	

Après 1/2 heure :

T = 0.335	H = 0	A = 0.178
F = 0.189	C = 0.146	α = 1 43
	0.146	

Après 3/4 d'heure :

T = 0.372	H = 0	A = 0.255
F = 0.182	C = 0.190	α = 1.34
	0.190	

Après 1 heure :

T = 0.449	H = 0.008	A = 0.430
F = 0.097	C = 0.284	α = 1.49
	0.292	

Avec l'eau distillée, d'autre part, j'ai obtenu les chiffres suivants, au bout d'un 1/4 d'heure :

T = 0.160	H = 0	A = 0.113
F = 0.124	C = 0.036	α = 3.14
	0.036	

Après une 1/2 heure :

T = 0.160	H = 0.014	A = 0.194
F = 0.124	C = 0.110	α = 1.64
	0.124	

Après 3/4 d'heure :

T = 0.401	H = 0.022	A = 0.292
F = 0.109	C = 0.270	α = 1
	0.292	

Après 1 heure :

T = 0.401	H = 0	A = 0.36
F = 0.116	C = 0.285	α = 1.28
	0 285	

J'ai fait deux essais avec l'eau de Saint-Yorre Saint-Louis n° 1, dont la composition est un peu différente de celle de Vichy-Célestins, puisqu'elle renferme par litre 2 gr. 326 d'acide carbonique, 5.821 d'acide carbonique, 5.821 de bicarbonate de soude, 0.889 de bicarbonate de potasse, 0.082 de bicarbonate de magnésie, 0.862 de bicarbonate de chaux, 0.326 de sulfate de soude, 0.003 d'arséniate de soude, et d'après mes dosages, 0.360 de chlore total. J'ai noté les chiffres suivants après 1/2 heure :

T = 0.321	H = 0	A = 0.134
F = 0.197	C = 0.124	α = 1.08
	0.124	

Après 1 heure :

T = 0.438	H = 0	A = 0.351
F = 0.102	C = 0.336	α = 1.04
	0.336	

Ces deux dernières expériences ont été faites à une époque où le chimisme stomacal de l'animal s'était modifié et les chiffres obtenus doivent être comparés aux suivants recueillis à la même époque et obtenus après l'ingestion de l'eau distillée, après une 1/2 heure :

T = 0.292	H = 0.007	A = 0.209
F = 0.131	C = 0.161	α = 1.25
	0.168	

Après 1 heure :

T = 0,452	H = 0	A = 0.402
G = 0.080	C = 0.372	α = 1.08
	0.372	

Le bicarbonate de soude introduit dans l'estomac du chien en même temps que la viande, modifie en somme la formule chimique du travail gastrique d'une façon appréciable.

A haute dose, il impose pendant la première demi-heure la réaction alcaline au contenu stomacal. L'acidité n'apparaît qu'au bout de ce temps pour augmenter progressivement.

L'augmentation du chlore total est initialement, c'est-à-dire pendant le premier quart d'heure, très notable ; elle est moins accusée après une demi-heure et devient nulle au bout de trois quarts d'heure.

Les combinaisons organiques du chlore font défaut, de même que l'acidité pendant une demi-heure et se montrent pour augmenter graduellement à partir de ce moment.

Bref, à haute dose, le bicarbonate de soude a une action telle sur le contenu stomacal qu'au bout d'une heure celui-ci n'est pas beaucoup plus riche en acide et en chlore organiquement combiné que le contenu stomacal normal après une demi-heure.

A faible dose, le bicarbonate de soude a sur le chimisme gastrique une action beaucoup moins intense, mais orientée dans le même sens.

Il entraîne une diminution de l'acidité qui, notable pendant un quart d'heure, est moins sensible au bout d'une demi-heure et disparaît après trois quarts d'heure.

Il détermine une augmentation du chlore total, peu considérable à la vérité, mais certaine et se poursuivant de même que l'affaiblissement du degré acide pendant une demi-heure pour disparaître au bout de trois quarts d'heure.

Quant à son action dépressive sur les combinaisons organiques du chlore, elle est minime, inconstante même, et lorsqu'elle existe au bout d'un quart d'heure, devient déjà douteuse après une demi-heure.

Grâce au procédé d'analyse que j'ai employé et dont nous sommes redevables à M. Winter, les recherches que j'ai poursuivies m'ont conduit à des résultats plus précis que ceux auxquels étaient parvenus Blondlot, Cl. Bernard, Robuteau, Ritter, Herzen, Ch. Richet et les autres physiologistes qui ont envisagé l'action du bicarbonate de soude sur la chimie de l'estomac.

Dans leur ensemble, ils sont superposables à ceux qui ont été obtenus chez l'homme à l'état pathologique.

Ayant administré une heure avant les repas de petites doses de bicarbonate de soude à des malades atteints d'hyperpepsie, M. Hayem (1) a constaté au bout de plusieurs semaines l'existence d'une excitation stomacale plus ou moins prononcée se traduisant par une augmentation de la chlorurie (T), de la chlorhydrie (H + C), et surtout d'H, C pouvant au contraire être diminué.

(1) Hayem. *De la médication antidyspeptique*, 1892, p. 387.

D'autre part, ayant fait ingérer à des hyperpeptiques des doses fortes de bicarbonate de soude dans le cours des digestions, il a noté presque invariablement, avec une diminution de l'acidité totale, l'abaissement de la chlorurie (T) et de la chlorhydrie (H — C), H étant presque sûrement affaibli et C beaucoup plus souvent augmenté qu'abaissé.

Le bicarbonate de soude peut donc être nuisible ou utile dans l'hyperpepsie ; il est nuisible, quand il est administré avant les repas, puisqu'il exagère le trouble fonctionnel que l'on se propose de combattre ; pour être utile, il doit être ingéré pendant ou après le repas et la quantité prescrite doit être proportionnelle au degré de l'état pathologique.

Dans l'hypopepsie l'action du bicarbonate de soude n'a pas été étudiée. Mais elle peut être déduite avec vraisemblance des données que nous possédons actuellement, et l'on est fondé de croire que dans cette modalité dyspeptique le bicarbonate de soude pris avant les repas, à petite dose, exercerait une excitation utile, alors qu'ingéré dans le cours de la digestion il aurait une action nuisible.

Le bicarbonate de soude, en résumé, peut être prescrit aussi bien dans l'hypopepsie que dans l'hyperpepsie, à la condition que la dose et le mode d'administration de ce médicament soient en rapport avec l'état gastrique (Hayem).

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

ATHÉROME GÉNÉRALISÉ PRÉCOCE. — HYPERTROPHIE DU COEUR GAUCHE. — HÉMORRHAGIE CÉRÉBRALE.

Il y a longtemps qu'on a signalé la relation qui rattache le développement de certaines hypertrophies cardiaques à l'athérome généralisé du système artériel : longtemps aussi qu'on a remarqué la fréquence de l'hémorrhagie cérébrale chez les sujets atteints de cette grave altération vasculaire. Le fait que nous rapportons ici pourra être interprété comme une preuve nouvelle de cette relation ou pour mieux dire de cet enchaînement pathogénique, preuve certainement irréfutable et décisive. Aussi l'interprétation de ce fait nous paraît-elle simple et indiscutable, et si nous le rapportons, c'est pour montrer, une fois de plus, que l'on peut s'élever par la clinique à une conception exacte des lésions telles qu'elles seront vérifiées par l'autopsie. Nous avons trouvé précisément dans celle-ci la justification exacte du diagnostic formulé durant la vie d'après les simples données de la séméiotique. Un détail à noter, et sur lequel nous insistons, est celui qui se rapporte à l'âge du malade, dont la jeunesse relative (35 ans) excluait tout d'abord l'idée d'une lésion comme l'athérome, qui est habituellement tardive et réservée aux sujets ayant dépassé la quarantaine. Le développement précoce et la généralisation de cette lésion forment donc une des particularités intéressantes de notre observation, et méritaient d'être signalées, ne fût-ce qu'au point de vue abstrait de la pathologie générale. On pourrait aussi discuter, à ce propos, sur l'origine et le mécanisme de l'hémorrhagie cérébrale chez les sujets encore jeunes ; on pourrait rappeler que certains auteurs, M. Dieulafoy entre autres, ont invoqué pour l'expliquer une véritable influence héréditaire. En ce qui concerne notre sujet, nous avons dû renoncer à toute enquête dans ce sens, faute de

pouvoir réunir les éléments d'une information suffisante. Mais on peut légitimement déduire que, si l'hérédité a exercé une action quelconque dans ce cas particulier, elle ne l'a fait que par l'intermédiaire d'une lésion artérielle qui d'ailleurs sufit à elle seule pour tout expliquer. Ceci revient donc à poser de nouveau la question des causes de l'athérome, des raisons de sa précocité chez certains individus. Or cette question n'est pas résolue encore, et notre observation n'a point pour but de combler le désideratum qui existe de ce chef dans la science.

— Le nommé Léon Th..., âgé de 35 ans, exerçant la profession de fabricant de filtres, entre le 8 octobre dernier à l'hôpital de la Pitié, salle Rostan, où il est apporté couché sur un brancard, en état de résolution complète. Les quelques renseignements recueillis nous permettent de savoir que la veille cet homme, jusqu'alors en pleine santé, est sorti de chez lui à 7 heures du soir, indiquant pour motif de sa sortie la nécessité de reporter de l'ouvrage, et promettant de rentrer aussitôt. A 9 heures du soir, des agents le trouvent étendu sans connaissance sur le pont de Bercy, et constatent sur lui des traces évidentes de vomissement. Le croyant sous l'influence d'un état d'ivresse, ils le transportent au poste, où il reste jusqu'au lendemain matin. Ajoutons ici que, d'après le dire de sa femme cet homme n'avait aucune habitude alcoolique, et qu'il n'avait jamais été malade. Devant les jours qui précédèrent l'accident, on n'avait rien remarqué d'anormal.

A son entrée dans la salle, le malade est plongé dans un coma complet. Le côté droit du corps, dans sa totalité, est paralysé, les membres retombent inertes, et on note un peu de relâchement du releveur de la paupière droite et de l'orbiculaire. Le côté gauche ne participe pas à cet état de paralysie, les membres exécutent quelques mouvements, se raidissent quand on leur oppose une certaine résistance.

Le facies est pâle, il y a un peu de cyanose sur les lèvres. L'examen extérieur du corps ne présente rien d'anormal, sauf de légères écorchures au niveau du coude droit et à l'angle externe de l'œil, vraisemblablement produites lors de la chute. D'ailleurs insensibilité générale complète à toutes les excitations, et perte de la connaissance, qui nous empêche d'obtenir la moindre réponse.

Du côté de l'appareil respiratoire, rien autre chose à noter que de la submatité et des râles de congestion aux deux bases.

Du côté du cœur, battements énergiques, choc de la pointe exagéré, violent, amenant un soulèvement anormal de la paroi. Le cœur paraît donc hypertrophié, vraisemblablement aux dépens du ventricule gauche. En confirmation de cette donnée, les artères du cœur présentent un soulèvement systolique énergique, que l'on retrouve à la radiale sous forme d'un pouls dur, vibrant. D'ailleurs, cette dernière artère, ainsi que la fémorale, sont manifestement athéromateuses.

L'auscultation du cœur ne révèle pas de bruits pathologiques, mais une simple exagération des bruits normaux, particulièrement du 2e bruit, dit diastolique, lequel est dur, claqué, retentissant.

Les urines sont claires, assez abondantes et renferment une quantité notable d'albumine. Le foie et la rate ne présentent rien d'intéressant à signaler.

Une saignée est pratiquée au moment de l'entrée à l'hôpital par l'interne de service, mais les veines ouvertes en plusieurs endroits ne donnent qu'une faible quantité de sang (50 grammes environ). Purgatif: 25 grammes d'eau-de-vie allemande.

Le lendemain matin, 9 octobre, nous pratiquons une saignée qui nous donne environ 400 grammes de sang, mais l'état du malade reste stationnaire. Le coma persiste. La température monte à 39°,05.

Même état le lendemain 10 octobre. L'hémiplégie droite et l'inégalité pupillaire persistent. On note des sueurs abondantes, de l'incontinence d'urine. T. 40°. La mort survient vers 2 heures de l'après-midi, sans que le malade ait retrouvé un seul instant sa connaissance.

Le diagnostic formulé la veille de la mort, après discussion, avait été résumé ainsi : Artério sclérose généralisée avec athérome, hypertrophie du cœur consécutive, sans lésions d'orifices, néphrite artérielle avec albuminurie, et ultérieurement, lésion cérébrale en foyer au niveau de l'hémisphère gauche. Cette dernière lésion a été interprétée par nous dans le sens d'hémorrhagie, hypothèse qui nous paraît préférable à celle de thrombose ou d'embolie, en raison de la soudaineté du début et de la persistance du coma jusqu'à la mort. Ce diagnostic impliquait par conséquent une relation étroite, une véritable solidarité entre les différents symptômes relevés chez le malade. Cette relation, ce lien commun étaient constitués par l'altération des artères, dûment constatée et mise en relief par nous du vivant du sujet. L'autopsie devait donner pleinement raison à cette interprétation et mettre en lumière le bien fondé de la doctrine qui fait de l'artério-sclérose et de l'athérome le point de départ de nombreuses et graves altérations viscérales, en apparence indépendantes et isolées, en réalité unies et inséparables de par la cause commune qui les engendre. Voici en quelques mots le résumé des constatations nécroscopiques.

L'autopsie a été pratiquée environ trente heures après la mort. Le cerveau présente extérieurement une congestion intense de la surface, avec intégrité des méninges. Sur une coupe pratiquée d'après la méthode de Flechsig, on trouve dans la cavité ventriculaire de l'hémisphère droit un léger épanchement sanguin qui provient de l'hémisphère gauche. La partie centrale de celui-ci est remplie par un énorme caillot qui a rempli la cavité ventriculaire et détruit la paroi antéro-externe de celle-ci. Il y a une véritable dilacération de la substance cérébrale tout autour du foyer hémorrhagique. Toutefois celui-ci est resté limité à l'intérieur, n'a pas fait irruption à la surface de l'écorce. On constate en même temps un état athéromateux extrêmement prononcé de l'artère sylvienne, qui forme un cordon dur, presque rigide.

En somme, il y a un raptus hémorrhagique énorme certainement causé par la rupture spontanée d'une artériole intra-hémisphérique, vraisemblablement l'artère lenticulo-striée, dont Charcot a montré la participation presque constante aux lésions de ce genre. Avec une pareille distraction de la substance du cerveau, qui représente un véritable traumatisme intra-encéphalique spontané, on s'explique facilement certaines particularités cliniques, tels que l'ictus foudroyant du début, la persistance du coma jusqu'à la fin, puis la mort qui était l'aboutissant presque nécessaire d'une lésion aussi étendue, aussi brutale.

Du côté des poumons, on ne constate qu'un léger degré de congestion hypostatique. L'examen du cœur révèle des faits plus intéressants. Le cœur gauche est manifestement hyper-

trophié, et sur une coupe transversale le cœur droit apparaît auprès de lui extrêmement réduit, comme une sorte d'annexe accolée latéralement. D'ailleurs les valvules et tous les orifices sont sains, il n'y a ni rétrécissement ni insuffisance. On remarque seulement un léger épaississement des nodules d'Arantius qui, de plus, ont une consistance dure, légèrement calcaire.

L'aorte présente à sa surface interne de nombreuses plaques d'athérome, encore à leur premier stade de développement, c'est-à-dire non calcifiées encore ni ulcérées. On retrouve la même altération dans l'aorte abdominale, dans les artères fémorale et radiale.

Les reins sont petits, sans être manifestement atrophiés. Sur une coupe, la substance corticale paraît très réduite, nettement atrophiée. Un examen histologique sera pratiqué ultérieurement pour vérifier le degré et l'état exact de cette dernière lésion. P. Muselier.

BIBLIOGRAPHIE

La pratique des maladies des enfants dans les hopitaux de Paris, aide-mémoire et formulaire, par le professeur Paul Lefert. 1 vol, in-16 de 285 pages, cartonné. — Prix : 3 fr. (Ce volume fait partie du *Manuel du médecin praticien*). — Librairie J.-B, Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Tous les praticiens sauront gré à M. le professeur Lefert de leur présenter en un petit volume clair et précis la *pratique* des médecins et des chirurgiens des hôpitaux de Paris dans les maladies des enfants : A Broca, Cadet de Gassicourt, Comby, Descroizilles, D'Heilly, Grancher, Hutinel, Kirmisson, Labric, Lannelongue, Legroux, Millard, Moizard, Aug. Ollivier, Redard, De Saint-Germain, Sevestre, Jules Simon, Variot, etc.

On trouvera traitées dans ce livre les questions qui s'offrent chaque jour à l'observation de tout médecin ou chirurgien, les *angines*, l'*antisepsie*, la *bronchite*, la *broncho-pneumonie*, la *chorée*, les *convulsions*, la *coqueluche*, la *coxalgie*, la *croissance*, la *diphtérie*, la *fièvre typhoïde*, l'*incontinence d'urine*, le *mal de Pott*, la *méningite*, l'*ophtalmie purulente*, la *paralysie*, la *pleurésie*, la *pneumonie*, le *rachitisme*, la *rougeole*, la *scarlatine*, la *scrofule*, les *stomatites*, les *terreurs nocturnes*, les *vers intestinaux*.

Cet ouvrage est dû à la collaboration de 85 médecins et chirurgiens des hôpitaux de Paris, renferme plus de 400 consultations sur les cas les plus nouveaux et les plus variés.

Il permet au médecin instruit de se rappeler ce qu'il a vu, alors qu'étudiant il suivait les services hospitaliers de Paris ; il permet, à celui qui depuis longtemps s'est relégué dans la pratique, de se tenir au courant des nouvelles méthodes de traitement.

Le praticien est toujours certain, quel que soit son choix, de s'appuyer sur les conseils d'un confrère dont le nom fait autorité.

Sans doute, au lit du malade, l'état particulier de ce dernier a au moins autant de poids que le genre de maladie dont il est atteint ; il n'en reste pas moins que chaque médecin, a pour chaque maladie un ensemble de moyens formant un arsenal dans lequel il puise incessamment, sauf à choisir l'agent qui s'adapte le mieux à la constitution propre du patient.

Pour faciliter les recherches, le livre est complété par deux tables alphabétiques, l'une par noms d'auteurs, l'autre par ordre des matières. De telle sorte que l'on peut à la fois avoir l'opinion de tel ou tel professeur sur les diverses questions qui sont à l'ordre du jour et en même temps passer en revue l'opinion des divers chefs de service sur un sujet déterminé.

BULLETIN

Déclaration des maladies contagieuses. — Delirium tremens chlorotique. — Asystolie nerveuse.

Il y a encore pénurie de documents scientifiques à l'heure présente, et l'activité des Académies se ressent de la proximité des vacances. Cependant nous avons assisté, mardi dernier, dans la salle de la rue des Saints-Pères, à propos de la déclaration obligatoire des maladies épidémiques, à une discussion intéressante, au bout de laquelle on peut entrevoir déjà quelques conclusions pratiques, quelques propositions susceptibles de se prêter à une application plus ou moins immédiate. Une des difficultés principales auxquelles on se heurte sur ce terrain est celle qui se rapporte au secret professionnel : il y a de ce chef des objections sérieuses, et on ne voit guère comment on pourra concilier les mesures préservatrices avec les restrictions imposées par cette obligation du secret, qui représente vraiment le premier et le plus élémentaire des devoirs du médecin. Evidemment il faut s'attendre dans cet ordre d'idées et de faits à d'incessants conflits qui résulteront, pour une grande part, de l'impossibilité où nous sommes de catégoriser les maladies compatibles avec la déclaration, et de les distinguer des cas où celle-ci constituerait une véritable violation du pacte implicitement conclu entre le malade et celui qui a obtenu sa confiance. Car si, parmi les maladies désignées dans le projet, il en est qui peuvent être livrées à la publicité sans inconvénient, il en est d'autres qui en vertu de leur nature même, où par l'effet du préjugé populaire, ne comportent point la possibilité d'une pareille vulgarisation. Telle la lèpre, à laquelle M. Hallopeau faisait allusion mardi, et dont la contagiosité est assez établie pour qu'il y ait lieu d'en dénoncer tous les cas isolés, — si l'on veut en empêcher ou en limiter l'extension. Tel encore, pour d'autres raisons, le groupe des affections dites *cholériformes*, pour lesquels on doit se préoccuper de l'émotivité d'un public toujours enclin à s'effrayer, d'autant plus qu'un diagnostic exact au début de ces affections n'est pas toujours facile. Pour ces divers motifs, nous croyons que la question restera en suspens, au moins pour un temps : ce qui d'ailleurs ne nous empêchera pas de reconnaître l'utilité d'un débat dont le moindre avantage est de poser nettement le problème, et de préparer l'esprit public à des réformes dont la nécessité apparaîtra de plus en plus clairement, au fur et à mesure des progrès de l'hygiène et de la prophylaxie.

— La Société médicale des hôpitaux a repris le cours de ses séances interrompues pendant deux mois, et cette reprise nous a déjà valu des communications d'un certain intérêt. Ainsi, M. G. Ballet a rapporté un fait d'ivresse ou plutôt de *délirium tremens chloralique*, fait qui vient s'ajouter à ceux précédemment connus et représente un document utile à consulter pour ceux qui voudront approfondir les méfaits d'un médicament dont à quelque peu abusé lors de son apparition. Nous signalerons aussi un mémoire très important de M. Merklen sur l'asystolie dans les compressions du nerf pneumogastrique. Notre collègue a très habilement tiré parti

de ce fait pour édifier une théorie du mode d'action des pneumogastriques, en tant que facteur principal de certains états cardiopathiques pour l'explication desquels on ne peut invoquer ni altération spéciale du myocarde, ni lésions valvulaires. L'asystolie ainsi produite ne serait en réalite qu'un cas particulier de l'asystolie dite *nerveuse*, sur laquelle M. Huchard a récemment attiré l'attention dans une de ses leçons de l'hôpital Bichat. En tous cas, elle représente un fait très intéressant et d'une interprétation difficile si l'on en juge par les efforts que M. Merklen a dû faire pour adapter les données de la physiologie pathologique à l'explication des phénomènes observés. La notion essentielle à retenir, en pareille matière, c'est que la simple irritation d'un tronc nerveux principal, comme le pneumogastrique, peut produire du côté du cœur des accidents comparables à ceux qui, dans la pensée des anciens auteurs, étaient le monopole exclusif des lésions matérielles de cet organe (enveloppe, charpente musculaire, valvules). Nous savions déjà, depuis les recherches de M. Potain, que l'irritation de ce tronc nerveux peut créer, par voie indirecte, de véritables dilatations des cavités droites, avec tous les symptômes y afférents. Le cas de M. Merklen ajoutera quelque chose à nos connaissances dans cet ordre de faits, car il nous ouvre de nouveaux aperçus sur tout un côté de la pathologie cardiaque encore peu exploré jusqu'à ce jour.

P. M.

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement de la neurasthénie. (M. le professeur Grasset.) (1)

I. *Forme légère.* — 1. Manger, le plus et le mieux possible, tout ce que l'estomac digérera. Pas de travail intellectuel, ni surtout de préoccupation morale. Vie au grand air; exercices du corps sans fatigue ni surmenage.

2. Tous les matins, douche froide de vingt ou trente secondes, en jet, sur tout le corps sauf la tête, suivie d'une friction sèche et d'une promenade.

A défaut d'installation suffisante, faire tous les matins une immersion rapide (entrer et sortir) et totale (jusqu'au cou) dans une baignoire d'eau froide, suivie comme la douche

Le soir, avant dîner, massage méthodique de tout le corps.

3. Alterner, mois par mois, les deux traitements suivants (vingt jours de traitement et dix jours de repos tous les mois):

a. A chaque repas, prendre une cuillérée de

Extrait hydro-alcoolique de kola..	10 gram.
Sirop d'écorce d'oranges amères..	300 centim. cubes.

ou une cuillerée à café de

Teinture de kola............	āā 50 centim. cubes.
Teinture de coca............	
Acide citrique..............	1 gram.
Arséniate de soude..........	0 gr. 05.

b. A chaque repas, prendre un cachet contenant

Fer réduit..................	0 gr. 10 (N° 40).

et une cuillerée de

Eau.........................	300 gram.
Acide chlorhydrique.........	1 —

ou un verre à Bordeaux

Acide chlorhydrique..........	2 gr. 50.
Sirop de limons..............	100 gr.
Eau..........................	Q. S. pour 1 litre.

(1) *Consultations médicales*, 1893, 2e édition.

4. Au printemps et à l'automne, aller, si possible, faire une cure de six semaines dans un établissement spécial d'hydrothérapie, comme Brioude, Champel, Divonne, Lafoux ou Saint-Didier.

En été, aller faire une saison minérale à Lamalou, Bigorre, Néris ou Ragatz.

II. *Forme grave.* — 1 Extraire le malade de son milieu ordinaire, familial et social; l'isoler dans un établissement spécial d'hydrothérapie, sans famille, avec un ou deux gardes-malades intelligents, et sous la direction constante et assidue du médecin directeur.

2. Vie en plein air, au repos. Longues heures à l'extérieur, sur une chaise longue (en osier), avec ou sans guérite à la tête (suivant le climat), et avec des couvertures sur les jambes si c'est nécessaire.

Repos intellectuel et sensoriel aussi complet que le repos physique.

Les mouvements possibles et permis seront ensuite progressement dosés par le médecin au fur et à mesure du retour des forces.

3. Massage méthodique et passif de tout le corps.

Electrothérapie; tabouret électrique (statique) et faradisation générale.

Plus tard, on y joindra des immersions froides dans la baignoire ou dans la piscine, suivies d'un séjour au lit, et, plus tard encore, des douches froides très courtes.

(Bien remarquer que l'envoi d'un malade dans un établissement d'hydrothérapie ne veut pas dire nécessairement traitement par l'hydrothérapie. Cela veut dire extraction du malade hors de son milieu ordinaire et isolement dans une maison où il sera sous la direction continue et absolue d'un médecin résidant. L'hydrothérapie n'est qu'un des moyens; on l'emploiera plus tard chez certains neurasthéniques, pas du tout chez d'autres.)

4. Suralimentation progresive. — Régler par le détail les heures et le menu du repas; ne rien laisser modifier par les sensations du malade.

Commencer par le lait (un bol de lait toutes les deux heures), puis des œufs, de la purée de viande crue, etc.

Plus tard seulement, donner deux fois par jour une cuillerée à café de

Sulfate de strychnine........	0,05 centigr.
Eau..........................	150 gram.

et plus tard encore, quand le malade sera beaucoup mieux, instituer le traitement interne complet de la forme légère (3 de 1).

5. Quand le malade sera mieux et pourra quitter, au moins pour un temps, l'établissement, permettre quelques voyages à petites journées: séjour, suivant la saison, sur le littoral méditerranéen ou en Suisse, au fond du lac de Genève.

Plus tard, cure minérale à Lamalou, Néris, Bigorre, Ragatz, s'il n'y a pas de fond diathésique spécial; à Balaruc ou Salies, s'il y a un fond lymphatico-scrofuleux; à Lamalou, Uriage, Luchon, s'il y a un fond arthritique; à La Bourboule, s'il y a un fond herpétique.

Quant aux complications digestives de la neurasthénie, leur thérapeutique est celle des dyspepsies en général.

III. *Traitement séquardien.* — Dans la plupart des formes de neurasthénie, on peut, dès que la maladie s'annonce rebelle, essayer le traitement séquardien:

1° Suspendre toute autre médication.

2° Faire tous les jours, avec une asepsie complète, une injection hypodermique d'un centim. cube d'un mélange à parties égales de liquide orchitique et d'eau distillée (côtés de l'abdomen, fesse ou région interscapulaire).

On augmentera tous les jours d'un centim. cube, jusqu'à 5 ou 6 par jour.

3° Continuer cela vingt jours. Suspendre dix jours. Puis recommencer une série semblable. (Ces deux séries suffisent pour savoir si le traitement est ou non à continuer.)

4° Si, pour un motif quelconque, les injections hypodermiques sont difficiles ou impossibles, administrer le même extrait orchitique en lavements.

On prend d'abord un lavement simple d'eau chaude que l'on rend ; puis, avec une petite seringue spéciale, on injecte dans le rectum un mélange de 1 ou 2 cc. de liquide orchitique pour 4 ou 3 cc. d'eau.

Suivre les mêmes règles de durée que pour les injections hypodermiques, sauf qu'il se développe de l'irritation intestinale ou de l'entérite.

IV. *Injections de sérum artificiel.* — Dans les cas d'hypotension artérielle (diminution du premier bruit cardiaque, tachycardie, embryocardie), faire 2 à 4 fois par jour une injection hypodermique de 1 cc. de :

Phosphate de soude pur..........	10 grammes.
Sulfate de soude pur..........	5 —
Chlorure de sodium pur..........	2 —
Acide phénique neigeux..........	0,50 centigr.
Eau distillée bouillie..........	Q. S. p. 100 cent. cub.

NOTES ET INFORMATIONS

Comité consultatif d'hygiène de France.

FRANCE. — L'épidémie cholérique, qui de la dernière séance était en décroissance, peut être considérée comme terminée.

Dans aucun département du midi, il ne s'est produit de décès depuis le commencement d'octobre.

Dans l'ouest, la situation devient meilleure sur certains point.

Dans le Finistère, l'épidémie n'a pris aucune extension. A Brest, le nombre des décès, depuis le 14 septembre, est de 94 ; la proportion quotidienne est stationnaire. Depuis le début de l'épidémie, il y a eu 282 décès.

A Lambezellec, faubourg de Brest, pas d'amélioration. On compte 45 décès depuis le 14 septembre et 100 depuis le début de l'épidémie.

L'eau de boisson y est contaminée et il n'y a pas moyen de s'en procurer de bonne. On y a recommandé l'usage de l'eau bouillie. Mais beaucoup d'habitants sont trop pauvres pour pouvoir la faire bouillir. L'administration a envoyé un appareil à stériliser l'eau.

L'état sanitaire s'améliore à Saint-Pierre-Quilbignon, Gnipavas et Crozon.

Depuis le début de l'épidémie, le département du Finistère a eu 623 décès.

TURQUIE. — A Bagdad, l'épidémie, qui a été assez meurtrière, puisqu'elle a fourni 1.300 décès environ, diminue. Le choléra est signalé à Samara sur les bords du Tigre.

RUSSIE. — Une dépêche annonce l'apparition du choléra à Bakou.

En septembre, le gouvernement de Moscou a eu 1.133 cas et 511 décès ; celui de Grodno, 189 cas et 114 décès ; celui de Minsk, 128 cas, 38 décès ; les principales villes de la Russie ont fourni 4.857 cas et 1.931 décès.

Le royaume de Pologne a donné 1.188 cas et 580 décès.

ANGLETERRE. — Le choléra a fait son apparition dans le district de Tyne.

Un certain nombre de cas ont été constatés à Manchester et à Newcastle.

A Hull et à Grimsby, la situation s'améliore.

Société de Chirurgie de Paris. — La Société de chirurgie de Paris célébrera cette année le cinquantenaire de sa fondation. Elle se réunira à cet effet en séance solennelle sous la présidence d'honneur de M. le Dr Marjolin, membre fondateur, dans le grand Amphithéâtre de la Faculté de Médecine, le mercredi 25 octobre à 4 heures très précises.

Vous êtes prié de vouloir bien honorer cette réunion de votre présence.

Le Secrétaire Général. CH. MONOD. *Le Président,* CH. PERIER.

Ordre du jour :

Allocution de M. le professeur Verneuil, président.

Notice historique sur la Société de Chirurgie par M. le Dr Charles Monod, Secrétaire Général.

Allocution de M. le Dr Jacques Reverdin, membre associé étranger.

Allocution de M. le Dr Eugène Bœckel, membre correspondant national.

NOUVELLES

Hopitaux de Paris. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — Le jury est constitué provisoirement de la manière suivante : MM. Besnier, Cadet de Gassicourt, Charrin, Le Fort, Péan, Bouilly, Blum.

CONCOURS DES PRIX DE L'INTERNAT. — Les jurys des médailles d'or sont composés provisoirement de MM. Hanot, Lancereaux, Marie, Luys et A. Guérin, pour la médecine ; et de MM. Lannelongue, Lejars, Tarnier, de Saint-Germain et Proust, pour la chirurgie.

CONCOURS DE L'EXTERNAT. — Questions données : Triceps brachial. — Omoplate.

Bulletin hebdomadaire de Statistique municipale.

DÉCÈS NOTIFIÉS DU 8 AU 14 OCTOBRE 1893

Fièvre typh., 6. — Typhus, 0. — Variole, 6. — Rougeole, 6. — Scarlatine, 1. — Coqueluche, 2. — Diphtérie, croup, 10. — Grippe, 0. — Affections cholériformes, 0. — Phtisie pulmonaire, 193. — Méningite tuberculeuse, 10. — Autres tuberculoses, 14. — Tumeurs cancéreuses et autres, 56. — Méningite, 21. — Congestion et hémorrhagie cérébrale, 38 — Paralysie, 8. — Ramollissement cérébral, 9. — Maladies organiques du cœur, 44. — Bronchite aiguë et chronique, 41. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 31. — Autres affections de l'appareil respiratoire, 37. — Gastro-entérite des enfants : sein, biberon et autres, 43. — Fièvre et péritonite puerpérales, 5. — Autres affections puerpérales, 2. — Débilité congénitale, 39. — Sénilité, 27. — Suicides, 15. — Autres morts violentes, 14. — Autres causes de mort, 142. — Causes inconnues, 4. — Total : 822.

Le Rédacteur en chef et Gérant : F. DE RANSE.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame. — *Téléphone.*

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Rédacteur en chef : M. le Dr F. DE RANSE

Comité de Rédaction : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN
J. ARNOULD (de Lille), P. FABRE (de Commentry), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon)

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — **Direction et Rédaction : 53**, avenue Montaigne (Rond-Point des Champs-Élysées

HYGIÈNE NAVALE

SUR L'INFLUENCE DE LA NAVIGATION AU POINT DE VUE DU TRANSPORT DES GERMES ÉPIDÉMIQUES,

Par M. Ch. Tellier.

L'apparition de maladies épidémiques dans un port de mer, alors que toutes précautions paraissent prises pour prévenir tout danger d'introduction, paraît souvent inexplicable.

La cause de cet apport calamiteux repose sur un fait trop méconnu.

Je veux parler de l'eau consommée à bord des navires, qu'il s'agisse de celle emmagasinée au départ, ou d'eau fabriquée à l'aide d'appareils distillatoires.

L'influence de cette cause de dangers s'exerce de deux façons :

A l'égard des équipages et passagers ;

A l'égard des *localités mises en rapport* par le mouvement des flottes, navires du commerce, etc., etc.

La première énonciation trouve sa démonstration dans les cas de maladies et de décès, qui surgissent à bord pendant les traversées ;

La deuxième s'explique par l'explosion spontanée de certaines maladies exotiques infectieuses, dans les ports d'arrivée.

On cherche à obvier à cette situation par des quarantaines plus ou moins prolongées.

Les quarantaines agissent sur le personnel, les passagers, les marchandises, etc., etc. Mais on oublie l'eau et surtout les caisses à eau, les appareils qui l'élèvent ou la conduisent, lesquels constituent autant de foyers permanents d'infection.

Comment en effet sont approvisionnés d'eau les navires les mieux installés ?

Au début, on embarque de l'eau de pays. Ensuite, quand il s'agit de paquebots, on utilise l'eau distillée à bord.

Mais l'eau du pays venant souvent de sources contaminées (rivières, fleuves, citernes), embarque avec elle le poison qu'on veut fuir. C'est ainsi que s'expliquent la plupart des décès qui se produisent pendant les traversées, alors que l'éloignement des lieux infectés devrait, au contraire, donner plus de sécurité.

On a emporté avec soi le poison. On l'a versé à pleins bords aux passagers, à l'équipage. Comment s'étonner si des maladies et des décès surgissent.

Cette eau fatale s'épuise. On va la remplacer par de l'eau distillée.

On met celle-ci en contact avec l'atmosphère pour l'aérer.

Mais l'atmosphère, n'est-ce pas justement le magasin général des germes pernicieux ?

Et si l'on navigue dans des parages où dominent le choléra, la fièvre jaune, etc. etc. ; précisément, par cette opération, on a ramené dans l'eau les germes morbifiques dont il fallait la préserver.

Puis, que fait-on après ? On envoie l'eau ainsi préparée dans les réservoirs préalablement infectés. Et si l'eau a échappé à la contamination atmosphérique, parce qu'on navigue dans des latitudes saines, elle n'échappe pas à celle qui préexiste dans les réservoirs et tuyaux, laquelle subsiste toujours, puisque JAMAIS CES APPAREILS *ne sont ni purifiés, ni stérilisés.*

On objectera que l'eau distillée ne permet pas la multiplication des bactéries.

Ceci est vrai pour des eaux de laboratoire, distillées dans des conditions spéciales. Mais cela n'est pas pour l'eau de mer, si chargée de matières organiques, distillée rapidement, avec entraînement de particules liquides et rechargées de matières organiques, par le contact de l'atmosphère.

Or, il ne faut pas l'oublier. Ce milieu est d'autant plus favorable au développement de la vie microbique, que justement les ptomaïnes préexistantes ont été détruites par la chaleur.

Puis, alors même que les germes ne se développeraient pas dans les caisses d'eau, ils existeraient quand même et dès qu'ils seraient introduits dans le tube digestif, ils y trouveraient les éléments utiles à leur pullulation. Le résultat serait le même.

Ces faits sont absolus. Et si l'on en voulait un exemple frappant, il faudrait se rappeler ces paquebots sortis l'an passé de Hambourg, et perdant nombre de passagers.

Ce n'était pas l'atmosphère traversée qui causait l'infection, puisque d'autres navires se trouvaient dans les mêmes parages et étaient indemnes. C'était l'eau embarquée qui avait empoisonné caisses à eau, tuyaux, etc., etc., et continuait son œuvre homicide.

Mais voyons maintenant l'action exercée sur les populations des ports d'escale et d'arrivée.

La santé l'a déclaré, il n'y a pas de malade à bord où la

quarantaine a été purgée. La sécurité paraît donc complète.

Voilà dès lors le navire rendu à la libre pratique, livré au va et vient qu'amène son mouvement d'affaires.

Des visiteurs, des ouvriers de toute nature viennent à bord. De l'eau est boe. Le navire repart.

Si parmi ceux de terre qui sont allés à bord et qui y ont bu, se trouvent des gens prédisposés à la contagion, celle-ci entre immédiatement en incubation. Au bout de quelques jours, le mal éclate, souvent loin du port. Et voilà toute une population livrée aux atteintes d'un mal redoutable. Et voilà ce mal s'étendant de proche en proche et gagnant parfois tout un continent.

Le remède à ceci se résume par quatre nécessités que voici :

1° Stérilisation à bord, des eaux à haute température, qu'elles soient fournies par l'emmagasinement ou la distillation, moyen de préservation que j'ai signalé il y a plus de vingt ans, et dont l'importance maintenant n'échappe à personne;

2° Suppression du contact d'air non stérilisé dans les appareils de distillation ;

3° Stérilisation par la chaleur, au port de départ et aux quarantaines, des caisses à eau, tuyaux, pompes, etc., etc.

4° En ce qui concerne les voiliers ou autres bâtiments n'ayant pas de stérilisateurs à bord, mise sous scellés à l'arrivée, des caisses, conduites d'eau, etc., etc., jusqu'à leur stérilisation par la vapeur, action facile à exercer économiquement, à l'aide d'un générateur mobile.

Avec ces précautions, que la sauvegarde de tous impose il y aura moins de maladies à bord, et l'on aura supprimé, pour les populations de terre, sinon absolument le danger au moins l'une des grandes causes de sa manifestation.

DÉONTOLOGIE

SUR LES MALADIES ÉPIDÉMIQUES ENTRAINANT LA DÉCLARATION OBLIGATOIRE (1).

Discussion.

M. le Président. — L'ordre du jour appelle la discussion du rapport lu à la dernière séance par M. Vallin sur les maladies épidémiques entraînant la déclaration obligatoire. La loi qui prescrit cette déclaration devant entrer en vigueur le 1er décembre prochain, je me permets de faire observer à l'Académie combien il importe que son avis soit transmis le plus tôt possible à M. le ministre de l'intérieur.

M. Le Roy de Méricourt. — Il n'aura pas échappé à l'Académie qu'entre la liste dressée par le Comité consultatif d'hygiène publique de France et celle que propose M. Vallin existent certaines différences importantes. C'est ainsi que, d'une part, la commission de l'Académie a retranché de cette liste l'érysipèle et la coqueluche et que, d'autre part, la déclaration des infections puerpérales ne devra être faite que lorsque le secret n'aura pas été réclamé du médecin. De plus, pour ce qui concerne l'ophtalmie purulente des nouveau-nés, le médecin ne sera pas tenu à la déclaration le véritable danger ici n'étant pas la contagion mais la cécité de l'enfant. Ce qui importe surtout, c'est que celui-ci soit soigné en conséquence, dès que le médecin sera appelé, le but sera atteint.

Ces premières remarques faites, que l'Académie me permette de passer brièvement en revue les diverses maladies pour lesquelles la commission vous propose la déclaration médicale obligatoire, ne fût-ce que pour montrer à quelles difficultés l'on se heurtera dans la pratique pour la plupart de ces affections.

Pour ce qui est du choléra et des maladies cholériformes, je dirai que la mesure, bonne pour le choléra véritable, le choléra épidémique, ne me paraît pas légitime lorsqu'il s'agit d'une simple diarrhée cholériforme, due peut-être à un empoisonnement ou à un simple refroidissement, et qui, en tout cas, n'a aucune espèce de rapport avec le choléra.

Pour la fièvre jaune et la peste, maladies qui sont toujours importées, la déclaration ne me paraît guère utile non plus. La première de ces maladies ne peut arriver que par les navires qui abordent nos ports ; or le service sanitaire de nos ports est admirablement organisé, et les cas de fièvre jaune qui se produisent à bord des navires ne peut pas lui échapper. Quant à la peste, il n'est heureusement plus question d'elle dans nos climats, et si jamais elle pouvait être apportée par des navires, nos services sanitaires sont aussi bien armés contre elle que contre la fièvre jaune.

En ce qui concerne la variole, la déclaration obligatoire est de bien peu d'importance à côté de la mesure autrement efficace de la vaccination obligatoire. C'est vers cette dernière obligation que nous devrions porter tous nos efforts et non pas vers la déclaration.

Pour la scarlatine, le médecin va se heurter à des difficultés que je considère comme devant être insurmontables, dans la grande majorité des cas tout au moins.

Le diagnostic de la scarlatine est bien loin d'être facile, en effet. Une foule de *rash*, d'origine variée, simulent, à s'y méprendre, la scarlatine, et si vous voulez appliquer à tous ces *rash* les mesures de désinfection applicables à la scarlatine, vous n'en sortirez pas. Par contre, nombre de scarlatines simulent, pendant longtemps, de simples angioes, affections contre lesquelles on ne songe pas à pratiquer la désinfection, et cependant ces angines scarlatineuses sont, pour le moins, aussi contagieuses que la scarlatine classique.

Ce que je dis de la scarlatine, je le dis, *à fortiori*, de la rougeole qui se borne souvent à un simple catarrhe sans caractère spécial. Allez-vous isoler, pendant vingt-cinq à trente jours, tous les enfants atteints de catarrhe bronchique chez lesquels vous soupçonnerez la rougeole ? Et si vous ne le faites pas, à quoi pourront servir toutes les autres mesures sanitaires que vous prendriez ?

Sur la suette miliaire, je n'ai aucune objection à faire.

La diphtérie est certainement une des maladies épidémiques qui offrent le danger le plus grand ; c'est certainement à propos de cette affection que la déclaration obligatoire se justifierait le mieux. Mais la diphtérie est une maladie parfaitement connue dans le public ; il connaît parfaitement les dangers auxquels sont exposées les personnes qui habitent les locaux occupés par les diphtéritiques, et il sera toujours le premier à rechercher les mesures de désinfection propres à diminuer les chances de propagation de l'épidémie.

(1) *Académie de médecine.* 17 octobre 1893. (Voir le précédent numéro de la *Gazette médicale*.)

En rendant la déclaration de la diphtérie obligatoire, vous n'obtiendrez donc rien de plus que ce qui est obtenu aujourd'hui, et, par contre, vous aller augmenter, sans avantage aucun, la terreur des personnes qui entourent le diphtéritique, et vous serez cause que, souvent peut-être, la mère elle-même n'osera plus soigner son enfant. Dans ces conditions, les conseils du médecin traitant tout seul, aidé du service municipal de désinfection, me paraissent suffisants pour arrêter, dans la mesure du possible, les épidémies de diphtérie.

La dissémination de la fièvre typhoïde est rare dans une maison ordinaire; lorsqu'elle se produit, elle résulte de causes bien connues (eau, fosses d'aisances, etc.), sur lesquelles le médecin pourra attirer l'attention; il n'est pas nécessaire pour cela de jeter la terreur dans l'esprit du malade et de son entourage en divulgant un diagnostic que l'on dissimule souvent avec intention, sous les euphémismes de fièvre muqueuse, embarras gastrique, etc.

Ce qui est vrai pour la fièvre typhoïde est également vrai pour le typhus exanthématique, mais ce dernier étant d'une contagiosité extrême, je comprends qu'on le soumettre à la déclaration obligatoire que je refuse lorsqu'il s'agit de la fièvre typhoïde. Cette déclaration obligatoire me parait ici d'autant plus rationnelle, que le seul traitement efficace d'une pareille épidémie réside exclusivement dans l'emploi des mesures hygiéniques qui ne sont jamais prises d'une façon trop prématurée.

Pour ce qui est de la dysenterie épidémique, j'avoue que je ne comprends pas. J'ai assisté à de nombreuses épidémies de ce genre, mais j'avoue qu'en dehors de ce fait qu'un grand nombre de personnes sont prises à la fois, il me parait impossible de distinguer d'après les symptômes observés sur un cas unique, une dysenterie simple d'une dysenterie épidémique.

L'infection puerpérale n'est dangereuse que dans le cas où il y a plusieurs femmes en couches dans une maison, ce qui est rare, ou encore lorsqu'il s'agit d'asiles, d'hôpitaux.

Dans ces derniers cas, nous savons que l'administration de l'asile ou de l'hôpital fera le nécessaire; nous n'avons donc pas à nous en inquiéter. Dans le premier cas, pourquoi faire intervenir le service sanitaire, puisqu'il n'y a aucun danger pour les personnes qui habitent la maison. En ce qui concerne les cas rares où deux parturientes habiteraient la même maison, nous pouvons nous en référer aux intéressés du soin de faire désinfecter la chambre dans laquelle serait morte une des deux parturientes atteintes de fièvre puerpérale.

Pour l'ophtalmie purulente, je crois, cela va sans dire, à l'utilité des mesures prophylactiques, mais je crois qu'elles peuvent fort bien être prises sans qu'il soit nécessaire de faire intervenir le service sanitaire.

M. le Président. — Je crois devoir faire remarquer à l'Académie qu'elle n'a pas à discuter la nécessité ou l'inutilité de la déclaration médicale obligatoire; cette question est résolue par la loi du 30 novembre 1892. L'Académie est appelée à proposer une liste des maladies épidémiques pour lesquelles cette obligation sera imposée.

M. Lereboullet. — Je ne doute pas que tous les médecins qu'avait si vivement émus le vote émis, le 12 juin dernier, par le Comité consultatif d'hygiène, n'applaudissent aux conclusions si équitables et si modérées du rapport de M. Vallin. Sans méconnaître ce que la loi du 30 novembre 1892 pourra leur causer de désagréments, ils comprendront l'intérêt que présente, au point de vue de la santé publique, la déclaration obligatoire des maladies épidémiques justiciables de mesures sanitaires bien comprises. A Paris déjà la plupart d'entre eux ont renoncé à se retrancher derrière le secret professionnel toutes les fois qu'il s'agit d'une maladie infectieuse grave. Ils n'hésitent plus à inscrire sur une carte postale ouverte, le nom de la maladie pour laquelle ils réclament du service de l'assainissement municipal la désinfection des locaux contaminés par des tuberculeux, des typhoïdes, des malades atteints d'affections manifestement transmissibles. La discrétion, la convenance, le zèle des agents chargés de ce service que dirige avec tant de compétence notre confrère le Dr A.-J. Martin, ont réalisé ce progrès des mœurs médicales. Malheureusement il n'en est point partout de même bien souvent, si j'en crois les correspondances que j'ai reçues de province, les médecins rencontreront de grandes difficultés à faire accepter de leurs clients la nécessité de s'incliner devant la loi nouvelle. Il importe donc de ne pas trop brusquement violenter des résistances, jusqu'à un certain point légitimes, et c'est pourquoi je viens demander à l'Académie de bien vouloir s'en tenir aux principes, si nettement posés dans le rapport de M. Vallin. Or, ces principes peuvent se résumer en un seul: « La déclaration obligatoire ne doit être exigée que pour des maladies dont le danger est évident et qui sont justiciables d'une intervention administrative et de mesures sanitaires imposables dans l'intérêt de l'hygiène publique. » Quelles sont ces maladies? Il est du devoir de l'Académie de médecine de le déclarer nettement. Trop exclusivement préoccupé, en effet, des intérêts de l'hygiène publique, le Comité consultatif a dressé une liste contre laquelle les médecins ont été presque unanimes à protester. L'Académie de médecine sait trop bien défendre les intérêts des praticiens et des familles, et M. Vallin a trop clairement établi les dangers que présenterait la déclaration obligatoire des infections puerpérales et l'inutilité de la déclaration de la coqueluche pour que je croie nécessaire d'insister encore à cet égard.

Les maladies que la Commission de l'Académie a rayées de la liste établie par le Comité consultatif ne figureront donc pas, j'en garde l'espoir, sur la liste officielle dressée par M. le ministre de l'intérieur. Mais il est une maladie que je voudrais voir ajouter à celles qui ne seront pas obligatoirement déclarés à l'autorité sanitaire. C'est la rougeole. Nul ne saurait nier que la rougeole est contagieuse avant la période d'éruption et, par conséquent, dans un grand nombre de cas, avant qu'un diagnostic précis ait pu être établi. Chacun sait aussi que les complications qui rendent parfois redoutable cette maladie, si bénigne dans l'immense majorité des cas, ressortissent exclusivement « de soins médicaux individuels » et ne sauraient motiver « l'intervention administrative ou les mesures sanitaires imposables dans l'intérêt de l'hygiène ». Que fera l'autorité sanitaire le jour où un cas de rougeole lui sera signalé? Ira-t-elle jusqu'à séquestrer pendant vingt ou vingt-cinq jours tous les enfants qui ont pu être en contact avec le malade? Et si elle ne le fait point, par quelles mesures entravera-t-elle les contagions successives?

La rougeole ne rentre donc point, momentanément au moins, comme la scarlatine, dans le cadre des maladies dont on peut facilement, à l'aide de mesures sanitaires bien comprises, entraver la propagation. Je dis *momentanément*, pour répondre à cette objection, que l'avenir pourra nous faire connaître des mesures plus efficaces. Mais l'avenir, Messieurs, nous appartient tout entier. Le législateur a prévu que la liste des maladies pour lesquelles la déclaration va devenir obligatoire devra être toujours sujette à révision. Il ne faudra ni une loi nouvelle, ni un règlement d'administration publique, un simple arrêté ministériel suffira pour ajouter à la liste que vous allez établir le nom des maladies dont l'expérience aura prouvé la nocuité progressive et qui, en même temps, pourraient être atténuées par la désinfection des locaux et des objets mobiliers. Puisque nous avons la bonne fortune de voir siéger parmi nous l'éminent directeur de l'Hygiène et de l'Assistance publique au ministère de l'intérieur, l'Académie peut être certaine de voir toujours ses avis à cet égard favorablement écoutés. Nous ne préjugeons donc point de l'avenir en restreignant la liste qui nous est demandée. Nous risquerions, au contraire, de discréditer la loi nouvelle et de déconsidérer l'Administration sanitaire si nous imposions la déclaration obligatoire pour des maladies qui, on s'en assurerait bientôt, ne sont nullement justiciables de son intervention. Pourquoi dès lors ne pas voter des conclusions de tous points conformes aux principes qui ont dicté à notre collègue M. Vallin des considérations si judicieuses?

Laissez-moi vous faire remarquer enfin, Messieurs, que l'Académie n'a été consultée qu'à l'occasion de l'article 15 de la loi du 30 novembre 1892. La lettre de M. le ministre de l'intérieur ne pouvait viser la loi sanitaire qui n'a été encore votée qu'en première lecture et par une chambre seulement. La liste que nous sommes appelés à dresser ne doit contenir que le nom des maladies épidémiques dont la déclaration sera exigée des docteurs, officiers de santé et sages-femmes. Pour les motifs développés dans le rapport de M. Vallin, elle ne doit comprendre ni les infections puerpérales, ni l'ophtalmie purulente des nouveau-nés. Si, comme je le lui demande instamment au nom d'un grand nombre de praticiens, l'Académie de médecine décide que la rougeole doit être, au même titre que la coqueluche, rayée de cette liste, celle-ci ne comprendrait plus que les maladies suivantes :

Choléra et maladies cholériformes (1),
Fièvre jaune,
Peste,
Variole,
Scarlatine,
Suette miliaire,
Diphtérie,
Fièvre typhoïde,
Typhus exanthématique,
Dysenterie,

Ainsi restreinte, la liste dressée par l'Académie de médecine ne devra plus soulever aucune réclamation de la part des médecins vraiment soucieux de la responsabilité qu'ils assumeraient en entravant les efforts d'une administration sanitaire exclusivement préoccupée de protéger la santé publique.

M. BROUARDEL. — Avant de répondre à l'argumentation de M. Le Roy de Méricourt, je demande à l'Académie la permission de lui faire observer, comme l'a dit tout à l'heure M. le Président, qu'elle n'a pas à discuter aujourd'hui le principe de l'obligation de la déclaration, mais seulement à dresser une liste des maladies auxquelles celle-ci doit être appliquée. Toutefois, avant d'aborder par le détail les maladies qu'on propose d'inscrire sur la liste, je tiens à déclarer que ce n'est pas en dehors de l'Académie que le principe de l'obligation est entré dans la loi.

Nous avons eu jadis de longues discussions à ce sujet, et le Parlement n'a fait que rendre exécutoire un principe que nous avons cru devoir recommander puis adopter dans cette enceinte. Voilà huit ans que le débat est ouvert; il n'y a pas eu de surprise.

Je tiens à déclarer, en outre, qu'à l'heure actuelle, il n'est pas conforme aux faits d'observation journalière de dire que la désinfection et l'assainissement, tels que nous les pratiquons, soit pour les familles une cause de terreur.

Il suffit d'en prendre pour preuve ce qui se passe à Paris. Je demandais tout à l'heure à M. A.-J. Martin, qui y est chargé de ces services, quelques chiffres. Ceux qu'il a bien voulu me fournir sont singulièrement éloquents :

Depuis le 1er janvier jusqu'au 1er octobre 1893, 25.825 opérations de désinfection et d'assainissement ont été effectuées ; sur ce nombre, 2.513 demandes proviennent de médecins et 6.044 proviennent des familles intéressées, à l'instigation le plus souvent de leurs médecins. Vous voyez que l'on ne redoute pas tant cette intervention, qui assainit le domicile contaminé et supprime les causes de propagation de la maladie ; on y trouve, au contraire, une sécurité que l'on recherche de plus en plus.

Mais je reviens à la liste qui nous est proposée.

Je persiste à demander le maintien des mots « affections cholériformes ». Il est certain que le choléra seul est épidémique, mais comme le diagnostic choléra est presque toujours masqué au début, par des euphémismes tels que : diarrhée cholériforme, entérite suraiguë, voire même *choléra anglais*, nous avons pensé que nous ne pourrions jamais saisir le début d'une épidémie de choléra, si nous ne mettions pas sur la liste le mot « affection cholériforme ».

Je vais vous prouver la nécessité de ce que je propose, en vous rappelant ce qui s'est produit lors du choléra du Havre.

Qu'on se rappelle ce qui s'est passé l'an dernier au Havre. Ce n'est que le 14 août que le choléra a été diagnostiqué et appelé de ce nom, alors que le 5 juillet fut observé un premier cas, puis un autre le 15, 1 le 28, 1 le 30; 3 le 2 août, 2 le 4, 2 le 9, 3 le 12, 8 le 14. Les premiers cas ont été diagnostiqués diarrhée cholériforme, par les médecins qui les ont observés, et nul n'a cru à une épidémie parce que chacun ne voyait qu'un cas, et ce n'est qu'après la constatation de leur multiplication, qui ont mis un mois pour apparaître, que le caractère épidémique de l'affection s'est franchement déclaré. Nul doute que si on avait pris les mesures prophylactiques nécessaires, lors des premiers cas de diarrhée cholériforme, le choléra véritable n'aurait pas éclaté.

(1) Le mot *maladies* me paraît préférable à celui d'*affections*. Le choléra stibié, le choléra arsenical, c'est-à-dire les empoisonnements divers, sont, en effet, des affections cholériformes, mais ne sont point des maladies.

Je sais que dans nos ports on prend toutes les mesures prophylactiques voulues contre la fièvre jaune et la peste, mais enfin, il n'est pas sans exemple que des cas de fièvre jaune aient pu passer malgré les précautions. C'est contre ces cas — exceptionnels je le reconnais — que l'on prendra les mesures prophylactiques, lorsque la déclaration en aura été faite.

D'ailleurs, si l'on n'inscrivait pas ces maladies sur notre liste, nous ne pourrions plus les combattre qu'au moyen de la loi de 1822. Or, vous n'ignorez pas que cette loi, par trop draconienne, puisqu'elle punit de mort les infractions aux mesures sanitaires qu'elle édicte, est de ce fait difficilement applicable.

Je reconnais que la scarlatine peut exposer à des erreurs de diagnostic, et ces erreurs je les ai commises sans doute; mais en somme, on ne les commet pas toujours, et si la mesure est adoptée, ne fût-ce que pour tous les cas à diagnostic certain, ce sera toujours un grand progrès réalisé.

En particulier les rasb dont a parlé M. Le Roy de Méricourt sont surtout fréquents dans la variole et, quelques formes qui se produisent dans nos moyens de défense contre la propagation, il sera toujours utile d'être informé de tous ces cas suspects ou confirmés.

Je ne vois pas beaucoup l'effroi que le malade atteint de fièvre typhoïde peut avoir, parce qu'il apprend que l'on prend des mesures hygiéniques journalières comme on le fait à Paris, qui sont aussi utiles pour sa guérison que pour la prophylaxie de l'affection dont il est atteint. Je ne vois pas d'ailleurs la nécessité de prononcer devant lui le mot de fièvre typhoïde, alors que jusque-là on lui a dit qu'il avait une fièvre muqueuse. Que son entourage soit prévenu, c'est tout ce qu'il importe d'obtenir.

Et l'on sait que la plupart du temps la fièvre typhoïde tient à des causes permanentes d'insalubrité que des conseils appropriés ou une intervention administrative judicieuse peuvent heureusement modifier. Il est telle cause de pollution des eaux, comme un puisard, une fosse d'aisance, etc., qui demeurent des années et produisent des effets désastreux qu'il faudrait pouvoir supprimer immédiatement.

En ce qui concerne la rougeole, personnellement, je n'insiste pas sur la nécessité de l'inscrire sur la liste.

Je n'en dirai pas autant de la dysenterie épidémique. Il y a en France des pays où cette forme de dysenterie existe à l'état permanent. Qu'un jeune sodat vienne prendre cette dysenterie dans un des pays contaminés, et aille à la caserne, ou que, convalescent, il retourne dans son pays, il est bon que l'on soit prévenu pour empêcher la propagation du mal.

Pour la fièvre puerpérale, le mieux serait que l'on interdit pour quelque temps sa profession à toute sage-femme qui aurait eu un ou plusieurs décès de fièvre puerpérale dans sa clientèle. Comme nous ne pouvons pas songer à faire adopter cette mesure, la déclaration obligatoire de la fièvre puerpérale nous permettra tout au moins de prendre des précautions pour arrêter le fléau dans les pays, encore trop nombreux malheureusement, où il existe pour ainsi dire sans interruption.

Récemment un médecin de province ayant appris qu'une sage-femme venait de perdre trois de ses malades, conseilla à une quatrième femme, encore enceinte, de ne pas prendre cette sage-femme. Cette dernière poursuivit le médecin devant le tribunal, demandant des dommages-intérêts pour le préjudice qui lui avait été ainsi causé par le médecin et il fallut de puissantes et actives interventions pour éviter une condamnation à ce courageux et judicieux praticien.

Quant à l'ophtalmie des nouveau-nés, je pense qu'il n'y a aucune opposition. Il faut que la maladie soit déclarée par les personnes qui entourent l'enfant, afin que le médecin puisse intervenir le plus tôt possible afin de sauver les yeux atteints qui, autrement, seraient très gravement, sinon irrémédiablement compromis.

Après cette rapide revue, l'Académie me permettra d'insister sur l'importance et les avantages pour la santé publique de la déclaration médicale obligatoire pour les maladies que je viens d'énumérer. La déclaration permet en effet l'intervention de l'administration sanitaire, intervention de plus en plus appréciée ainsi qu'en témoignent les chiffres que je citais plus haut pour Paris. Dans cette grande capitale, les mesures de désinfection et d'assainissement sont aujourd'hui pratiquées avec la plus grande rapidité pour tous les cas de maladies épidémiques signalés ; les sacrifices généreusement consentis par le Conseil municipal et le zèle de l'administration ont permis de donner à ces mesures une remarquable extension, et je ne crois pas trop m'avancer en déclarant qu'elles sont pour une bonne part dans l'abaissement actuel si considérable de notre mortalité parisienne. Elle est descendue à 17 p. 1.000, alors qu'elle était en moyenne de 25 pour l'année entière pendant ces cinq dernières années, et de 19 pour les services correspondants aux dernières semaines de 1893.

L'Académie doit se féciliter d'un tel résultat et hâter par son vote l'application de pareilles mesures sur le reste de notre territoire.

M. Grancher. — Je ne viens pas combattre l'excellent rapport de notre collègue M. Vallin, avec qui je suis d'accord sur tous les points. Il en est un, cependant, où je diffère d'opinion avec lui, et, quoique j'aie vainement cherché à faire prévaloir mon avis au sein du Comité consultatif d'hygiène, je crois utile de dire à l'Académie que l'une des maladies portée sur la liste de l'Académie, ne me paraît justiciable ni de la *déclaration obligatoire*, *ni des mesures sanitaires*.

Cette maladie, c'est la *rougeole*. — M. Vallin dit que les principes qui ont dirigé la Commission académique sont simples et peu nombreux :

« 1°. Les maladies doivent être de celles qui peuvent compromettre gravement la santé d'un grand nombre de personnes.

« 2° Ces maladies doivent être justiciables... d'une intervention administrative et de mesures sanitaires imposables dans l'intérêt publique. »

Je néglige à dessein les principes 3 et 4, qui n'ont rien à voir avec ma thèse. Et je retiens seulement cette proposition n° 2, à savoir que les maladies inscrites sur la liste de l'Académie de médecine doivent être passives de l'intervention administrative et de mesures sanitaires utiles.

Eh bien, à mon avis, la rougeole ne répond pas à ce programme, parce que les seuls moyens prophylactiques qui soient pratiques, sont l'isolement du malade ou la désinfection. Or, dans la rougeole, l'*isolement* est inefficace parce qu'il

est trop tardif, et la *désinfection* est inutile parce que la virulence du germe rubéolique a une durée très éphémère.

Je dis que l'isolement est inefficace parce qu'il arrive trop tard. En effet, il est aujourd'hui universellement reconnu et accepté que la contagion de la rougeole précède presque toujours le diagnostic de la maladie. C'est pendant la période d'invasion et plus exactement pendant les deux ou trois jours qui précèdent l'éruption que la rougeole se communique, peu importe par quel procédé, d'un enfant à un autre. Déjà la période d'éruption est beaucoup moins dangereuse, quoique la contagion puisse encore s'exercer pendant quatre ou cinq jours. Mais l'éruption passée, tout danger a disparu.

Et pourquoi? Parce que le germe infectieux est mort spontanément ou a perdu sa virulence, ce qui est la même chose. Cette mort spontanée et rapide du germe rubéoleux rend toute désinfection de la literie, des linges ou de l'appartement inutile. Quelque subversive que soit cette proposition, elle est cependant, à mon avis, tout à fait inattaquable, et aussi certaine que les conditions de la contagiosité de la maladie.

Tous les auteurs qui dans ces dernières années ont étudié la contagion de la rougeole après Panum, Mayr, Girard, Béclère, etc., sont arrivés à cette conviction que la contagion de la maladie précède presque toujours le diagnostic. Je ne citerai que le travail d'une Commission composée de tous les médecins des hôpitaux d'enfants, et présidée par M. Cadet de Gassicourt. Cette commission de la Société médicale des hôpitaux apporta, dans la séance du 10 mai 1889, son rapport et ses conclusions, qui sont conformes aux communications faites antérieurement par M. Sevestre et par moi, et portant sur cette contagiosité de la rougeole et sur les modes de cette contagiosité. M. Comby, rapporteur de cette Commission, dit expressément (p. 248, *Bull. de la Soc. méd. des Hôpitaux*, 1889) :

« La rougeole est la plus contagieuse des maladies de l'enfance. Elle est transmissible avant la période d'éruption, c'est-à-dire avant d'être reconnaissable. »

Depuis, M. Bard a publié, dans la *Revue d'hygiène* (1891), des faits nouveaux et d'où ressortent les mêmes conclusions. Et je ne connais pas une voix discordante.

Le médecin sanitaire, prévenu par la déclaration du médecin traitant, qu'un cas de rougeole vient d'éclater dans une famille, ne pourra donc pas, s'il est instruit, prescrire l'isolement du malade, j'entends l'isolement rigoureux, car cette mesure, souvent difficile à réaliser, sera le plus souvent inefficace. Que fera-t-il? Sûrement il n'ordonnera pas le transport à l'hôpital, car il ne peut ignorer que c'est multiplier singulièrement les chances de mort par bronchopneumonie ou diphtérie du petit rubéoleux; et ce départ pour l'hôpital serait, de même, en tant que mesure préservatrice, parfaitement inutile à la famille du malade et à son voisinage.

Reste la désinfection.

J'ai cru longtemps que la désinfection pouvait rendre des services, même dans la rougeole. Je n'y crois plus. Depuis quatre ans nous avons organisé, mes collaborateurs et moi, dans mon service à l'hôpital des Enfants, l'isolement des malades et la désinfection de tous les objets souillés, y compris le lit même. J'ai déjà fait connaître à l'Académie, en 1890, nos premiers résultats. J'y reviendrai prochainement. Mais je puis dire que, autant nous avons été heureux pour la diphtérie, la scarlatine, la pneumonie, les oreillons, la coqueluche, dont la contagion a à peu près disparu, autant pour la rougeole nous avons échoué. Ce qui démontre que la désinfection est inutile puisque la rougeole ne renaît pas de ses cendres, si je puis me permettre cette expression. Elle meurt sur place et très vite et une nouvelle épidémie est toujours la conséquence d'une nouvelle importation.

Le médecin sanitaire fera-t-il donc de la désinfection dans la chambre ou l'appartement d'un rubéoleux? Si oui, il fera une œuvre vexatoire et inutile.

Mais si le médecin sanitaire ne peut prescrire utilement ni l'isolement du rubéoleux, ni la désinfection, que fera-t-il? Rien. D'où je conclus qu'il faut rayer la rougeole de la liste des maladies épidémiques entraînant la déclaration obligatoire.

(*A suivre.*)

REVUE DES JOURNAUX

TOXICOLOGIE.

Suite et fin (1).

VI. — Un cas d'empoisonnement par la vapeur de charbon, par le Dr A. Posselt. (*Wiener Klin. Wochenschrift.* 1893, nos 21 et 22.)

VII. — Un réactif très sensible, pour la recherche de l'oxyde de carbone, par le Dr J. Habermann. (*Pharmazeutische Centralblatt*, 1893, n° 16.)

VIII. — Action des agents réducteurs sur des solutions aqueuses alcalines de sang empoisonné par l'oxyde de carbone; emploi, pour la recherche de ce toxique, du spectre hémochromogène, par le Dr Szigeti. (*Wiener Klin. Wochenschrift*, 1893, n° 17.)

IX. — Sur l'empoisonnement par le gaz d'éclairage, par le professeur F. W. Draper. (*Boston Medic. Journ.*, 5 janvier 1893.)

X. — Un cas d'empoisonnement par la cannabine, par le Dr Windscheid. (*Wiener Medicin. Presse*, 1893, n° 21.)

XI. — Empoisonnement aigu par l'acide phénique, par le Dr A. Rumbold. (*Wiener Med. Wochenschrift*, 1893, n° 34.)

VI. — Chez le sujet de l'observation de Posselt, un intervalle de huit jours s'est écoulé entre le moment de l'intoxication et celui de la mort. Pendant ce laps de temps, on a observé une série de manifestations en rapport évident avec des altérations des centres nerveux: mydriase très prononcée, rigidité des muscles, abolition des réflexes tendineux et périostés, ulcérations de décubitus à marche rapide, et dont quelques-unes siégeaient dans des points qui n'étaient pas exposés à la compression. Le malade a succombé à une pneumonie. A l'autopsie on a trouvé des foyers multiples de ramollissement dans le cerveau et la moelle. Dans le sang, on a pu constater la présence de l'oxyde de carbone: un échantillon recueilli le lendemain de l'empoisonnement et conservé à l'abri de l'air pendant deux mois, puis traité par le réactif de Rübner, a donné un résultat positif.

Ses urines contenaient de l'albumine mais pas de sucre; au début, on avait cru y constater la présence de l'acide lactique;

(1) Voir la *Gazette médicale*, n° 41, p. 488.

plus tard il s'est fait voir que c'était en réalité de l'acide hippurique. A ce propos, l'auteur a rappelé que. d'après Hoppe-Seyler et ses élèves, la présence de l'acide lactique est constante dans les urines des individus qui succombent à un empoisonnement par l'oxyde de carbone. L'absence d'acide lactique dans le cas en question est considérée par Posselt comme une preuve que le malade a succombé bien moins à un manque d'oxygène qu'aux suites d'altérations spécifiques des centres nerveux.

Une autre observation relatée par l'auteur concerne une malade chez laquelle l'hystérie s'est développée à la suite d'un empoisonnement par l'oxyde de carbone. Ce cas a une certaine importance au point de vue médico-légal : il démontre qu'un empoisonnement par l'oxyde de carbone peut entraîner, à plusieurs mois d'intervalle, des troubles nerveux en rapport avec une névrose ou avec une psychose.

VII. — Le réactif dont parle M. Habermann se prépare de la façon suivante :

On traite une solution de nitrate d'argent par une quantité d'ammoniaque suffisante pour qu'une faible partie de l'oxyde d'argent mis en liberté reste non dissous. On filtre la solution et on la conserve à l'abri des poussières. Dans ces conditions, elle reste inaltérable pendant des mois. Si on la fait traverser par un courant d'air pur on ne perçoit pas de changements de couleur ; au contraire, si cet air renferme 0,1 p. 100 d'oxyde de carbone, il se produit une teinte brune très manifeste.

VIII. — M. Szijeti a fait des recherches spectroscopiques sur des échantillons de sang qui, les uns proviennent d'un homme empoisonné par l'oxyde de carbone, les autres de lapins empoisonnés au moyen de ce même gaz, et sur du sang frais de porc qu'on avait fait traverser par un courant d'oxyde de carbone. Voici les conclusions auxquelles est arrivé l'auteur :

1° Le spectre fourni par du sang chargé d'oxyde de carbone et par l'oxycarbo-hémoglobine n'est pas modifié par l'addition de substances alcalines ou de réactifs réducteurs (sulfure d'ammonium).

2° L'oxyde de carbone possède la propriété de transformer le spectre de l'hémochromogène (substance obtenue en traitant l'hémoglobine par des agents réducteurs) en un spectre identique à celui de l'oxycarbo-hémoglobine ; en d'autres termes, l'oxyde de carbone forme, avec l'hémochromogène, une combinaison qui, à l'analyse spectrale, donne les mêmes résultats que l'oxycarbo-hémoglobine ;

3° Ces deux propriétés peuvent être utilisées pour la recherche de l'oxyde de carbone.

Dans les cas où le sang ne renferme qu'une petite quantité d'oxycarbo-hémoglobine, l'auteur conseille de procéder de la façon suivante :

On chauffe le sang à examiner, et on fait pénétrer le gaz qui se dégage dans une solution de sang transformée en hémochromogène. Si dans ces conditions, on constate la transformation du spectre de l'hémochromogène en celui de l'oxycarbo-hémoglobine, on peut conclure en toute certitude à la présence de l'oxyde de carbone dans le sang examiné. Si à la place d'une solution d'hémochromogène, on emploie une simple solution de sang, et si, après avoir fait pénétrer dans cette dernière le gaz mis en liberté par l'échauffement du sang à examiner, on constate que la solution ne se laisse plus réduire, c'est preuve que le sang examiné renferme de l'oxyde de carbone.

IX. — Le gaz d'éclairage obtenu par la distillation de houille bitumineuse est constitué par un mélange d'hydrogène, de gaz des marais, de gaz oléfiant, d'autres hydrocarbures, d'un peu d'acide carbonique et d'une proportion d'oxyde de carbone variant de 4 1/2 à 7 1/2 p. 100. Le gaz dit « gaz d'eau » est constitué par un mélange d'hydrogène et de 28 à 40 p. 100 d'oxyde de carbone. Comme il est d'un prix de revient beaucoup moins élevé que le gaz de houille, son emploi pour l'éclairage se répand de plus en plus, malgré sa grande toxicité. En se plaçant au point de vue de l'hygiène publique et privée, le professeur Draper condamne l'emploi des différents gaz d'éclairage comme lumière artificielle. Pour lui, l'éclairage de l'avenir réside dans l'utilisation de la lumière électrique qui ne dégage aucune mauvaise odeur, qui n'entraîne aucun danger de mort dans les chambres à coucher où elle est utilisée, qui ne s'offre pas comme un moyen commode de suicide, qui n'échauffe pas l'air et ne le charge pas de gaz délétères. Il est donc du devoir du médecin de travailler à la propagation de l'éclairage électrique.

X. — Dans un but d'expérimentation on avait fait prendre à un sujet adulte des pilules contenant chacune 0 gr. 1 d'extrait de chanvre indien. En l'espace de deux heures et demie, le sujet avait absorbé 29 de ces pilules, c'est-à-dire 2 gr. 9 de chanvre indien. Deux heures plus tard, notre homme s'étant mis à manger, fut pris d'une grande agitation motrice, avec explosion d'idées de grandeur et hallucinations. Cette phase d'excitation dura une heure et demie ; elle fit suite à une phase de dépression avec conservation de la connaissance. Le sujet éprouvait une soif très vive et un grand besoin de dormir. Les pupilles fortement dilatées étaient très paresseuses ; il y avait de l'hyperesthésie de l'ouïe et de la vue ; les muscles étaient agités par des secousses continuelles. Le pouls était petit et très rapide.

Pendant la nuit qui a suivi, le malade a été en proie à un violent délire. Le lendemain, il avait encore de l'exagération des réflexes cutanés et une tendance aux hallucinations. Mais l'amélioration fit des progrès rapides.

Une des conclusions à tirer de cette expérience, c'est que les effets de l'empoisonnement par l'extrait de chanvre indien tardent à se manifester quand l'estomac est à l'état de vacuité.

XI. — M. Rumbold relate l'observation d'un coiffeur qui, ayant absorbé environ un litre d'acide phénique brut, ne succomba que sept heures après l'ingestion du toxique. Or, d'après l'opinion unanime des auteurs qui se sont exprimés sur cette question, l'ingestion d'une dose de 6 à 30 grammes d'acide phénique brut entraîne la mort en un espace de temps qui varie de cinq minutes à une heure et demie ; les accidents qu'on observe dans ces conditions traduisent une paralysie des centres nerveux : perte de connaissance rapide ; impuissance motrice, avec secousses musculaires, sans convulsions proprement dites. Le coma et les troubles respiratoires vont en s'aggravant ; la mort survient par asphyxie.

L'autopsie du sujet dont il a été question plus haut a donné les résultats suivants : injection vasculaire du cerveau, qui, sur des coupes, répandait une forte odeur d'acide phénique, il

en était de même du cervelet. Le pharynx et l'œsophage contenaient une grande quantité de matière goudronneuse, huileuse, d'une odeur très prononcée d'acide phénique. L'épithélium, à ce niveau, était trouble, facile à détacher; la muqueuse sous-jacente ne présentait pas de tuméfaction appréciable. Le larynx contenait un mucus qui était comme cuit; sa muqueuse était partout fortement injectée. L'estomac était modérément dilaté; sa paroi était très ferme au toucher; il logeait environ un litre d'un liquide qui répandait l'odeur de l'acide phénique. La muqueuse était partout épaissie, d'un gris violet, tirant sur le rouge dans les parties postérieures.

E. Ricklin.

BULLETIN

La plupart des journaux ont consacré quelques lignes au projet de loi concernant la déclaration obligatoire des maladies infectieuses. Nous avons retrouvé, dans les réflexions que ce projet leur suggère, la trace de préoccupations pareilles à celles que nous avons exprimé à cette même place, savoir, la crainte de voir la nouvelle mesure interprétée par le public dans le sens de violation du secret individuel, interprétation qui, on le conçoit sans peine, ne pourrait que paralyser et entraver l'œuvre bien intentionnée du législateur. Il y a encore d'autres objections, dans un ordre d'idées un peu différent, en particulier celle relative aux difficultés que rencontrera vraisemblablement l'exécution des mesures de désinfection, qui sont comme la sanction pratique du nouveau projet. M. L.-H. Petit revient sur ce sujet dans le dernier numéro de la *Revue de la tuberculose*. La conclusion de son article, c'est que tout est à faire de ce côté, et que nous sommes encore fort éloignés du moment où les familles consentiront à accepter le concours administratif pour la destruction des germes après décès, et plus éloignés encore du moment où elles viendront solliciter spontanément ce même concours. Puis, il y a les méthodes de désinfection elles-mêmes qui ont une grande importance, et il est à craindre que là encore il y ait de nombreuses déceptions. M. L.-H. Petit nous laisse entrevoir celles-ci, quand il déclare qu'il y a lieu de se méfier des entreprises particulières généralement mal outillées, ou confiées à des intermédiaires inexpérimentés et incompétents qui, de plus, sont très souvent enclins à admettre, pour plaire à l'entourage, des transactions incompatibles avec les exigences d'une désinfection sérieuse et vraiment complète. Malgré ces restrictions pourtant il ne faut pas désespérer, surtout si l'on a la conviction que le point de départ du nouveau règlement est juste et légitime, d'autant que les résultats déjà obtenus à Paris pendant le premier semestre de 1893 sont fort encourageants, au dire de M. L.-H. Petit. Il est clair que si la progression indiquée par les chiffres se maintient ultérieurement, on peut entrevoir le jour où l'immense majorité des familles parisiennes demanderont la désinfection de leurs domiciles. La prophylaxie de la tuberculose, cet éternel desideratum, aura réalisé ce jour-là un pas décisif.

— On pourrait rapprocher de la question précédente celle déjà si souvent discutée de l'opportunité de la crémation appliquée à la destruction des cadavres des tuberculeux. Cette question est toujours à l'étude, mais la science a fait récemment l'acquisition de quelques faits et de quelques données qui permettront peut-être prochainement de lui donner une solution. Ainsi, des expériences précises ont démontré que le bacille générateur de la maladie peut être mobilisé et transporté à de grandes distances, des profondeurs du sol à la surface où il devient, pour les animaux et pour l'homme, l'occasion éventuelle de contages reproducteurs et propagateurs de la maladie. D'après ces recherches, ce sont les vers de terre, en migration incessante dans les couches intérieures du sol, qui seraient les intermédiaires actifs de cette dissémination. C'est, comme on le voit, le même mécanisme que celui de la propagation du charbon, si bien mis en lumière par les expériences de Pasteur. Or, cette dernière découverte a fourni un argument de premier ordre en faveur de la crémation appliquée à la destruction des sujets morts de maladies infectieuses. M. L.-H. Petit a fait ressortir son importance et a montré en même temps le peu de fonds qu'il convient de faire sur certaines objections tirées des exigences médico-légales, objections par lesquelles les adversaires du projet essayent de contester l'opportunité de la crémation. Il est certain que, lorsqu'il s'agit de tuberculose, cet argument a moins de valeur que pour toute autre maladie, et on ne peut raisonnablement lui subordonner l'adoption définitive d'une mesure qui paraît devoir être une des plus efficaces parmi les réformes d'ordre purement prophylactique.

— Puisque nous sommes sur le terrain de la tuberculose, où germent tant de questions d'importance diverse, nous donnerons une courte mention au débat qui a eu lieu récemment devant la Société de chirurgie, à propos du traitement des péritonites de nature bacillaire. C'est la reprise d'un sujet déjà bien des fois remis à l'étude, et vers lequel on revient volontiers quand de nouveaux faits viennent autoriser de nouvelles conclusions qui, à leur tour, font naître des espérances souvent justifiées par les résultats. C'est M. le Dr Rontier qui a pris la parole cette fois pour discuter, à propos d'une observation récente, les indications de l'intervention dans le traitement de la péritonite tuberculeuse, et le mécanisme d'après lequel se produisent, en pareil cas, les améliorations ou les guérisons. Cette dernière partie du problème n'est pas la moins difficile à résoudre, aussi notre collègue s'est-il borné à formuler des hypothèses, préférant mettre en relief la simple constatation des résultats qui, de fait, ont été nombre de fois excellents.

L'opération agit-elle en substituant simplement la forme adhésive à la forme ascitique, comme M. Berger paraît le croire, ou bien a-t-elle pour effet de produire une réaction irritative de l'organisme contre le tubercule? On doit se contenter, jusqu'à nouvel ordre, d'inscrire ces deux points d'interrogation, sans s'obstiner à chercher une réforme impossible dans l'état actuel de la science. Toujours est-il que cette question de l'intervention dans certains cas de péritonite tuberculeuse est une des plus importantes à résoudre. Elle nous intéresse spécialement, nous médecins, qui possédons si peu de moyens d'action vis-à-vis d'une maladie assez répandue, et qui sommes en face d'elle presque aussi désarmés que quand il s'agit de la phtisie pulmonaire. C'est pourquoi nous tenons à enregistrer tous les faits qui peuvent servir à la découverte de la vérité, tous les documents propres à déterminer la voie définitive vers laquelle désormais la thérapeutique devra être orientée pour devenir véritablement efficace, curatrice, effective.

P. M.

VARIÉTÉS.

UN JUGE DE MARIE-ANTOINETTE : LE CHIRURGIEN SOUBERBIELLE (1),

Par le Dr Cabanès.

La composition du tribunal révolutionnaire était étrangement disparate : toutes les classes s'y trouvaient confondues (2). A côté d'anciens députés, de présidents de tribunaux criminels des départements, on y voyait siéger un luthier, un chapelier, un perruquier, un imprimeur, un peintre, un menuisier, un charpentier, autant dire tous les corps de métier. Celui qui dirigeait les débats le jour du procès de Marie-Antoinette, était un ami intime de Robespierre, le citoyen Herman. Une amitié aussi puissante tenait alors lieu de brevet de civisme. C'est au même titre que figurait dans le jury le chirurgien Souberbielle, dont nous allons tenter de crayonner, en quelques traits, la si curieuse silhouette.

A l'époque de la Révolution, Souberbielle avait déjà acquis une certaine notoriété. Dernier élève du frère Côme et de son neveu, Pascal Baseilhac, il excellait dans l'opération de la taille par la lithotomie, une méthode aujourd'hui bien oubliée, mais qui jouit d'une grande vogue vers la fin du dernier siècle. Souberbielle avait reçu une solide éducation professionnelle. Sa famille ne comptait pas moins de vingt médecins ou chirurgiens; il avait de qui tenir. Sa grand'mère avait été mariée trois fois, et chaque fois, avait épousé un chirurgien. Son dernier mari était le frère aîné de frère Côme. Quatre de ses fils, sur cinq, exercèrent la chirurgie. Le père de notre héros avait eu un instant la pensée de suivre la carrière médicale, mais il y dut renoncer promptement. La vue du sang et le spectacle des souffrances d'autrui lui causaient une émotion telle qu'il préféra un métier dont s'accommodât mieux son délicat tempérament. Il devint instituteur ou plutôt régent des écoles de Pontacq, un petit village des Pyrénées, où vit le jour celui dont nous esquissons la biographie. L'enfant reçut de son père les premiers éléments d'instruction classique. Un oncle maternel, chirurgien à Orlaix, aux environs de Tarbes, se chargea de lui inculquer les premiers principes de l'art de guérir. Après quoi il fut mis sous la protection de Larrey, lieutenant du premier chirurgien du roi de Tarbes.

Le jeune homme débarqua à Paris, en 1774, à l'âge de 20 ans plein de confiance et riche d'illusions. On l'avait adressé à frère Côme, son parent, dont la réputation était dans son tout éclat, mais qui, par la nouveauté et la hardiesse de sa pratique, s'était attiré de nombreuses inimitiés. Le célèbre Lecat dirigeait la cabale avec Mareschal, alors tout-puissant, et Ferrand, chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

Attaché pendant quelque temps au service de Ferrand (3), il eût à subir des tracasseries de toutes sortes de ce chirurgien, qui voulait lui faire expier l'affection qu'il gardait à frère Côme. Il ne fallut rien moins que l'intervention de l'archevêque de Paris et du procureur général du Parlement Joly de Fleury (1) pour mettre un terme à ces persécutions.

Tout en faisant son service à l'Hôtel-Dieu, en qualité d'externe et plus tard d'interne, le jeune étudiant ne négligeait pas l'enseignement de frère Côme, qui s'attachait à vulgariser ses méthodes tant à l'hôpital de la Charité qu'à son infirmerie particulière.

A la mort de son bienfaiteur, le jeune étudiant fut mis sous la tutelle du frère Côme, Pascal Baseilhac. Baseilhac, accablé par l'âge et les infirmités, se démit de ses fonctions de chirurgien en chef de la Charité en faveur de Desault, et légua à Souberbielle les précieux instruments qu'il avait lui-même reçus de frère Côme (2).

Quand éclate la révolution, Souberbielle en salue l'avènement avec enthousiasme. En 1789, il est nommé chirurgien-major des *vainqueurs de la Bastille*. Sa première étape dans la vie publique (3). Il se lie, dès lors, avec les principaux personnages politiques du temps, dont il devient l'ami plus encore que le médecin. Il entretient de fréquents rapports avec son confrère Marat, avec Danton et Camille Desmoulins : il n'en enverra pas moins les deux derniers à l'échafaud, avec la plus parfaite sérénité d'âme. Fouquier-Tinville, qui le réservait pour les fortes causes, « celles où il employait « les solides », suivant son expression, l'avait désigné pour faire partie du jury appelé à juger la fournée de Danton : Fabre d'Eglantine, Desmoulins, Chabot, Westermann et les autres. Arrivé dès le matin au Palais de Justice, Souberbeille y trouve un de ses bons amis, juré comme lui, qui pleurait à chaudes larmes.

« Eh ! quoi, lui dit-il, d'où te vient ce chagrin ? pourquoi pleures-tu ?

— Eh ! lui répond son interlocuteur, ne vois-tu pas que nous allons avoir à juger aujourd'hui un patriote comme Danton, un des fondateurs de la République, un homme que nous avons eu à notre tête dans toutes les grandes journées ?

— Voyons, voyons, mou ami, de répliquer Souberbeille, écoute-moi, l'affaire est bien simple. Voilà deux hommes qui ne peuvent pas vivre ensemble, Robespierre et Danton, lequel est le plus utile à la République ?

— C'est Robespierre, dit l'ami sans hésiter.

— Eh ! il faut guillotiner Danton. Tu vois *c'est simple comme bonjour !* » Et quand il rappelait le fait à Dubois (d'Amiens) qui nous l'a conservé, il ne manifestait pas la moindre émotion. Il était si bien resté le même homme que, lors de la révolution de juillet, il disait à quelques gens qui

(1) *Gazette des hôpitaux*, octobre 1893.

(2) Le jour du procès de Marie-Antoinette, le tribunal était présidé par Herman, ancien président du tribunal criminel du Pas-de-Calais, assisté de quatre juges :

Coffinhal, ancien médecin ; Maire, juge du tribunal du 1er arrondissement de Paris ; Donzé-Verteuil, moine défroqué, et Deliéges, ex-député à la Législative.

Les Jurés étaient : Antonelle, ex-député ; Renaudin, luthier ; Souberbielle, chirurgien, etc.

(3) C'est dans le service de Ferrand, à l'Hôtel-Dieu, qu'avait été placé le poète Gilbert, qu'une fausse légende a représenté comme étant mort de faim. Ferrand racontait à qui voulait l'entendre les derniers moments du poète, et il donnait sur cette fin tragique tels détails qui ne s'inventent pas : « — M de Gilbert, répondez-moi donc ! disait Ferrand au malade. — Gilbert, tout court, M. Ferrand ; la clef m'étouffe. » Qui pourrait ignorer, après cela, que Gilbert s'était suicidé en avalant une clef ? (*Intermed. des cherch. et curieux*, 1866, p. 176.)

(1) Notice sur Souberbielle, par Payen, dans les *Archives des hommes du jour*, p. 3.

(2) *Idem, Ibidem.*

(3) Il avait reçu la décoration attribuée aux *vainqueurs de la Bastille* et il conservait religieusement, nous dit Am. Latour, le souvenir de son haut fait d'armes « sous la forme d'un moellon de la forteresse, enchâssé dans une caisse d'acajou, surmonté d'un petit drapeau tricolore couronné d'un bonnet phrygien. Il se faisait apporter pieusement son lit, et, d'une voix retentissante et sonore, il entonnait le moellon sur une strophe de la *Marseillaise* ».

le portaient en triomphe avec sa décoration de la Bastille : « Ah ! ce marquis de Lafayette, le voilà donc revenu ! j'espère bien que cette fois nous ne le manquerons pas et que nous le guillotinerons (1). »

Un seul homme échappait à la sévérité de ses appréciations, et encore ne le jugeait-il pas toujours avec indulgence (2) : cet homme était Robespierre. Dans maintes circonstances, il avait été le confident du tribun, et son amour-propre en tirait vanité. Plusieurs semaines durant, on eût pu voir Souberbielle entrer tous les matins chez l'incorruptible, y rester une bonne heure et en sortir dans le plus grand mystère. Ce ne fut que longtemps après que le secret de ces visites fut révélé. Le député à la Convention était atteint d'un ulcère variqueux à une de ses jambes. Or, comme M. de Robespierre était très soigneux de sa personne, toujours rasé de frais, toujours bien poudré, portant culotte courte, et frac à boutons barbeau, il n'eût voulu pour rien au monde qu'on pût soupçonner son infirmité. Aussi son médecin était-il tenu à prendre d'infinies précautions pour que rien ne transpirât en dehors.

Le matin même du 9 thermidor, Robespierre, que son ulcère ne cessait de préoccuper, envoya chercher Souberbielle, qui le pansa dans une des pièces retirées de l'Hôtel de Ville (3), quelques heures à peine avant le fameux coup de pistolet. Entre ces deux hommes fut échangé ce dialogue :

« Tu ne pourras pas guérir la plaie qu'ils me feront » dit Robespierre d'un air sombre.

— Cuirasse-toi, lui répondit Souberbielle.

— Ce n'est pas là qu'ils me frapperont. »

Et, montrant sa poitrine : « C'est là, c'est là, reprit Robespierre, en passant le tranchant de sa main sur son cou. Ils me couperont la tête, te dis-je ! » et il prit le bras de Souberbielle, qu'il secouait avec une sorte de frénésie nerveuse.

« Il était effrayant à voir ! » ajoutait Souberbielle, qui en frémissait encore en le racontant vingt ans plus tard (4).

Quelle part de vérité y a-t-il dans tous ces racontars d'un vieillard, alors octogénaire, dont il étaitpresque impossible de fixer l'attention et qui déroulait ses souvenirs avec une complaisance qui permettait d'en suspecter la sincérité ? Ce qu'il y a de sûr, c'est que Souberbielle avait joué un rôle actif dans le drame révolutionnaire, et que, s'il ne nous apparaît dans la plupart des événements que comme un comparse, il fut, dans une circonstance au moins, l'un des acteurs principaux.

Quand fut décidé le procès de Marie-Antoinette, Souberbielle, que son passé de républicanisme ardent recommandait à l'attention de Robespierre et de ses acolytes, fut appelé à juger l'infortunée reine de France. Il avait d'abord songé à se faire récuser comme juré sous le prétexte qu'il avait donné ses soins à l'accusée.

Le président lui dit alors : « Si quelqu'un avait à te récuser, ce serait l'accusation, car tu as donné des soins à l'accusée et tu aurais pu être touché par la grandeur de l'infortune (5). »

(1) G. Moreau-Chaslon. *L'entrée de Danton aux enfers*, p. 30.

(2) Se trouvant un jour avec Trousseau, qui lui demandait ce qu'il pensait de Robespierre, Souberbielle lui répondit par cette phrase typique : « Hélas ! Robespierre lui-même n'était qu'un *molasse*. » (Moreau Chaslon. *Loc. cit.*, p. 29, note.)

(3) *Union méd.*, 1873, t. I, p. 374.

(4) *Union med.*, 1850, p. 161.

(5) Imbert de Saint-Amand. *La dernière année de Marie-Antoinette*, p. 267.

Nous ne savons jusqu'à quel point le fait est vrai, mais un jour le terrible chirurgien aurait fait preuve de sentiments d'humaine compassion (1). Lors d'une visite à la Conciergerie, il avait été tellement frappé de l'humidité du cachot où était enfermée la prisonnière, qu'il avait gratté du doigt la bone, couverte de moisissure, qui tapissait et infectait la cellule et qu'il l'avait montrée aux membres de la Convention, afin de les apitoyer sur le sort de la malheureuse veuve Capet (2). Il n'en porte pas moins la responsabilité de la condamnation de Marie-Antoinette qui, comme on le sait, fut envoyée à l'échafaud à l'unanimité des voix. Est-ce à dire qu'il aurait prononcé le mot odieux que lui prête l'abbé Soulavie, dans des *Mémoires*, d'ailleurs fort sujets à caution? Rien ne nous autorise à le penser. On connaît la réponse de la reine à Hébert qui venait de porter contre elle la plus infâme des accusations :

« J'en appelle à toutes les mères !

— Bah ! une mère comme toi ! » aurait murmuré Souberbielle, au dire de Soulavie. Mais quel fond peut-on faire sur un propos rapporté par un homme, renégat de la Révolution, dont les écrits, plus passionnés que véridiques, ont été si souvent l'objet des plus vives controverses ?

Quoi qu'il en soit, Louis XVIII garda rancune au juge de Marie-Antoinette d'avoir figuré au procès. A la Restauration, Souberbielle occupait le poste de chirurgien en chef de la gendarmerie parisienne. Tous les officiers de la garnison de Paris avaient été invités à se rendre aux Tuileries afin de présenter leurs hommages à la famille royale. La duchesse d'Angoulême avait tenu à ce que l'huissier annonçât à voix haute le nom de chaque officier qu'il introduisait. Souberbielle ne voulut pas comprendre que c'est parfois faire preuve de tact que de se laisser oublier ; il se rendit au palais. Quand la fille de Marie-Antoinette entendit prononcer le nom du juge de sa mère, elle s'évanouit. Souberbielle fut victime du scandale qu'il avait si imprudemment provoqué : on supprima sa place et il fut mis d'office à la retraite.

Selon l'expression d'un de nos plus étincelants *causeurs* (3), Souberbielle réunit en lui deux personnalités également intéressantes pour l'histoire : « l'homme politique, mêlé aux plus graves événements de la fin du dernier siècle, et le médecin, le lithotomiste célèbre et heureux, dont la main habile a conservé l'existence à tant d'être souffrants. »

L'homme politique vous est maintenant connu, le praticien mérite, à plus d'un titre, d'être tiré de l'oubli.

Souberbielle avait été reçu maître en chirurgie en 1792. La même année il était, grâce à de solides protections, nommé chirurgien-major de la 35e division de gendarmerie nationale, puis chirurgien-major de l'armée révolutionnaire.

Pendant la Terreur, il remplit les fonctions d'officier de santé du tribunal révolutionnaire et des prisons. Quelques mois plus tard, il était désigné pour diriger, en qualité d'offi-

(1) Il passait cependant, dans un certain monde, pour être très humain, plein d'obligeance pour les malheureux qui se confiaient à lui. Nous ignorons à quelle époque le comte de Ségur composa, à la louange du « bon » docteur, ce joli quatrain :

Faire le bien est votre unique affaire;
Sur les gens de ce siècle en tout vous l'emportez :
Tandis qu'entre eux ils se jettent la pierre,
Vous, docteur, vous la leur ôtez.

(2) *Gaz. méd. de Paris*, 1850, p. 757.

(3) Le Dr Amédée Latour, qui, pendant plus de trente ans, prodigua tous les trésors de son charmant esprit dans des *Causeries médicales*, dont la plupart sont de vrais chefs-d'œuvre, malheureusement trop ignorés.

cier de santé en chef, le service médical de l'École de Mars. Cette École, d'où sont nées plus tard l'École militaire, l'École normale et l'École polytechnique, était établie au camp des Sablons. Elle se composait de trois à quatre mille jeunes gens, choisis dans tous les départements parmi les sujets les plus intelligents et les mieux constitués, trop jeunes encore pour prendre du service dans l'armée.

L'hôpital de l'École était établi sous des tentes au bois de Boulogne. Souberbielle avait pour aides Gavart, un des meilleurs élèves de Desault; Lallement, mort professeur à la Faculté de Paris; le Dr Fouquier, devenu médecin du roi, etc.

Ce ne fut qu'en 1813 que Souberbielle se fit recevoir docteur en chirurgie. Peu après il parvenait à se faire nommer chirurgien-major de la gendarmerie impériale de Paris, de la garde nationale et de nombreuses associations charitables. Souberbielle jouit pendant longtemps d'une célébrité presque européenne : il n'avait pas son pareil pour tailler les calculeux par la méthode dite *du haut appareil*. Nous ne nous expliquons guère aujourd'hui l'engouement qui se manifesta pour cette méthode surannée, autrement que par la virtuosité dont le chirurgien faisait preuve dans cette délicate opération. Entre ses mains, la lithotomie donnait des résultats merveilleux. Aussi avait-il coutume de dire, en parlant du traitement de la pierre, tel qu'il était déjà pratiqué de son temps : La lithotritie! s'écriait-il, une malédiction de la chirurgie! » Il avait une telle foi dans l'excellence de son procédé qu'il admettait un public nombreux à assister à ses opérations. Des médecins et des chirurgiens de tout pays s'empressaient à ses leçons. Il ne craignait pas d'aller opérer même à l'étranger et de soumettre ainsi sa méthode à la critique de ses coufrères. En 1823, il avait visité l'Angleterre et appliqué à l'hôpital de Westminster le *haut appareil* à la place même où, cent ans auparavant, Douglas l'avait pratiqué, et, chose bizarre, pendant ce long espace de temps, la méthode avait été complètement abandonnée en Angleterre (1). Il était aussi goûté chez nos voisins d'outre-Manche que dans son propre pays, ainsi qu'en témoignent l'ouvrage du Dr Carpue [de Londres (2)], et le *Traité de la cystotomie sus-pubienne* (3), paru à Paris, en 1827. Entre temps, il faisait maintes communications à l'Académie de médecine et à l'Institut. Ce corps savant lui décerna, en 1834, le prix Montyon, comme un hommage rendu « au zèle et à la persévérance » qu'il avait déployés pour « la conservation d'une précieuse méthode de tailler » et aussi « pour les perfectionnements » qu'il y avait apportés. Quand la lithotritie prit définitivement rang dans la science, grâce surtout aux efforts de Civiale, Souberbielle lutta avec énergie contre l'entraînement général. Il ne condamnait pas systématiquement la nouvelle opération, comme certains auteurs l'ont laissé entendre, mais il faisait preuve tout au moins de clairvoyance en ne dissimulant pas qu'elle présentait parfois de sérieux dangers. Dans une mémorable discussion qui eut lieu à l'Académie royale de médecine, en 1835, au sujet de la taille et de la lithotritie, Souberbielle se constitua le champion des vieilles doctrines, et montra dans cette occasion toutes les brillantes qualités du polémiste jamais à court d'argument.

A 82 ans, il pratiquait encore l'opération de la pierre comme s'il avait été dans la force de l'âge. Il avait conservé une verdeur que lui auraient enviée bien des jeunes gens. Il faisait à qui voulait l'entendre le récit de ses exploits amoureux, dont il était presque aussi fier que de ses travaux scientifiques. Il était arrivé jusqu'à 90 ans sans la moindre infirmité. Un jour, dans une séance de l'Académie de médecine, il interrompit la lecture et, remplissant le verre qui était à côté de lui : « Voyez, dit-il, en le tenant à bras tendu, si ma main tremble! » Et, de fait, quoique le verre fût rempli jusqu'au bord, pas une goutte du liquide ne fut répandue (1).

Bien qu'il fît souvent des lectures à l'Académie, il ne faisait pas partie de la docte assemblée. Il avait eu pourtant la velléité de s'y présenter, et avait fait, dans ce but, les visites d'usage au rapporteur de la commission. Réveillé-Parisse, dont les opinions politiques contrastaient du tout avec celles de Souberbielle, lui réserva un accueil plus que froid. Comme il objectait au visiteur son âge avancé, celui-ci était alors plus qu'octogénaire, voilà Souberbielle qui se met à trépigner, à tressauter, à danser un cancan échevelé. Le spectacle de ce vieillard au crâne chauve, le visage sillonné de rides, le corps voûté et amaigri, était plus pénible que répugnant. Voir cet homme qui avait prononcé la sentence de mort contre une reine de France, sauter, pirouetter, tenant dans ses mains des instruments pour l'opération de la taille, et dans ses poches d'énormes boîtes remplies de calculs ! « Mon étonnement, dit Réveillé-Parisse, tenait de la stupéfaction (2) ! »

Il va sans dire que Souberbielle en fut pour ses frais de gymnique, et que l'Académie le consigna à sa porte. Avouez tout de même que c'était un singulier candidat !...

(1) Payen. *Loc. cit.*, p. 7.
(2) *On the high operation.* In-8°, London, 1819.
(3) De D. Belmas.

(1) Moreau-Chaslon. *Loc. cit.*, p. 30.
(2) *Gaz. méd. de Paris*, loc. cit.

NOTES ET INFORMATIONS

Épidémies. — Par arrêté ministériel, des médailles d'honneur ont été décernées aux personnes ci-après désignées, en récompense de leur dévouement lors de l'épidémie cholérique qui a sévi en 1893 dans le département du Morbihan :

Médaille de vermeil. — M. Lesueur-Florent, médecin de la marine à Lorient.

Médaille d'argent. — M. le Dr Lefranc, à Carnac.

— Par arrêté du président du conseil, ministre de l'intérieur et sur la proposition du Comité de direction des services de l'hygiène, des médailles d'honneur et des mentions honorables ont été décernées aux personnes ci-après désignées, en récompense de leur dévouement, lors des épidémies de choléra et de typhus qui ont sévi en France en 1892-1893.

Épidémie de choléra 1892-1893. — *Médailles d'or.* — MM. les Drs Caudron, médecin-adjoint du service des épidémies de l'arrondissement d'Abbeville, Duguet ; médecin de l'hôpital Lariboisière à Paris ; Légée, médecin en chef du service des épidémies de l'arrondissement d'Abbeville et Variot chargé du service des cholériques à l'hôpital Trousseau, à Paris.

Médaille de vermeil. — M. le Dr Billote, médecin en chef de l'hospice des Sables-d'Olonne.

Médailles d'argent. — M le Dr Benoist, médecin des épidémies de l'arrondissement de Saint-Nazaire ; M. Landowski, interne en médecine de l'hôpital Trousseau, à Paris.

Épidémie du typhus 1893. — *Médailles d'or.* — MM. les Drs Bonneau, à Manies ; Huber, médecin de l'Hôtel-Dieu d'Hmiens ; Lesage, médecin de l'hôpital de Beauvais ; Meunier,

médecin en chef de l'hôpital de Ponthoise; Thibierge, médecin de l'Hôtel-Dieu annexe, à Paris; Josué, interne des hôpitaux de Paris, soldat au 51e de ligne, détaché à l'hôpital de Beauvais, titulaire d'une médaille d'argent en 1892 (choléra), Leroy, externe des hôpitaux de Paris, soldat au 51e de ligne; détaché à l'hôpital de Beauvais; Joret, directeur de l'Hôtel-Dieu, à Paris.

Médailles de vermeil. — MM. les Drs Barrault, médecin de la prison de la Santé, à Paris; Bucquoy et Lancereaux, médecins de l'Hôtel-Dieu, à Paris; Bigeard et Vanverts, internes provisoires en médecine, à l'Hôtel-Dieu annexe de Paris.

Médailles d'argent. — MM. les Drs Fauuel, médecin de l'Hôtel-Dieu à Abbeville, et Lesenne, médecin à l'Hôtel Dieu de Saint-Riquier; MM. Bernard et Tonchard, internes à l'Hôtel-Dieu, à Paris; Berthelin, Bourg, Garoflid et Malartic, externes à l'Hôtel-Dieu annexe, à Paris; Roustain, interne provisoire à l'Hôtel-Dieu, annexe) à Paris.

Médailles de bronze. — MM. Chantier, interne en médecine à la prison de la Santé, à Paris; Barré, Peyré et Villecourt, internes en médecine à la Maison départementale de Nanterre; Mangery, externe en médecine à l'Hôtel-Dieu, à Paris.

NOUVELLES

Nécrologie. — Le corps médical vient de faire une perte inattendue. M. le professeur Le Fort est mort subitement, jeudi dernier, 19 octobre, dans sa propriété du Briou. Il avait présidé l'Académie le mardi d'avant et rien ne pouvait faire prévoir cette mort soudaine. Nous lui consacrerons une notice.

Ecoles de médecine. — Par arrêté en date du 11 octobre 1893, une session pour les examens d'officier de santé sera ouverte à l'avenir dans les premiers jours du mois de novembre près les écoles de plein exercice et préparatoires de médecine et de pharmacie.

La session d'avril pour les mêmes examens est supprimée.

Corps de santé militaire. — Par décret en date du 2 octobre 1893 ont été promus :

1° *Médecin principal de 2e classe*, MM. Vigenand (Ernest-Charles-Ange-Norbert) et Catteau (Philippe-Julien), médecins-majors de 1re classe.

2° *Médecins-majors de 1re classe* : MM. Maire (Marie-Hyppolyte), Hornus (Henri-Philippe-Armand), Lamps (Gaston-Pierre-Joseph), Lallemand (Marie-Jean-Louis-Octave), Delatour (Julien-Auguste), Manquat (Alexandre-Napoléon-Louis), Lelong (Paul-Engène-Josef), médecins-majors de 2e classe.

3° *Médecins-majors de 2e classe*, MM. Thirion (Rémy-Edmond), Notin (Edouard-François), Gury (Antoine-Louis-Marie-Alphonse), Vallois (Félix-Paul), Dieu (Jules), Doublet (Raymond-Numa-Auguste), Bergasse (Gaston-Louis-Ernest-Etienne), Manoha (Emmanuel-Auguste), Douillet(Jean Paul), Delom-Sorbé (René-Paul-Marie-Joseph), Deseubes (Pierre), Villiers (Jean-Henry), aides-majors de 1re classe.

— Par décret en date du 9 octobre 1893, les médecins stagiaires dont les noms suivent ont été nommés au grade de médecin aide-major de 2e classe; MM. Fasquelle (André-Marie-Léon), Chavigny (Paul-Marie-Victor), Matignon (Jean-Jacques), Mornet (Marie-Victor-Aimé), Grisel (Jules-Louis-Hippolyte), Beaussenat (Lin), Maginelle (Paul-Eugène), Casteret (Jacques-Norbert-Victor), Marchet (Paul-Adrien-Constant), Mangenot (Albert-Charles-Joseph), Bichelonne (Henri-Célestin-Bernard, Augier (Jean-Daniel), Monéger (Guillaume), Hirtz (Jules-Eugène), Marian (Ernest-Marguerite-Albert), Vigier (François-Antoine-Paul), Perrogon (Louis-Auguste), Cuinier (Marie-Ferdinand-Eugène-Louis), Bousquet (Jean-Henri-Joseph), Gauran (Joseph), Maffre (Auguste-Jean-Paul-Honoré), Camichel (Albin-Paul), Terrasse (Pierre-Gustave), Michel (Anatole-Edouard-Auguste), Haller (Marie Antoine-Louis-Prosper), Chevron (François-Blaise), Joly (Adrien), Lair (Jacques-Louis-Joseph), Cavaroz (Paul-Philibert), D'Arlhac (Marie-Gabriel-Adolphe), Garet Jean-Jules), Damond (François-Joseph-René), Vincent (Georges-Constant). Crussard (Eugène-François-Auguste), Raynaud (Emile), Genod (Camille), Ray (Albert), Fournié (Jacques-Marie-Joseph), Dumas (Antoine-Jules-Emile), Auclert (Emile-Gilbert-Eugène), Hotchkiss (Charles-Nelson), Saint-Paul (Marie-Emile-Etienne-Georges), Biraud (François-Marie-Julien), Labaste (Paul-Edouard), Sahatier (Pierre-Célestin-Henri), Mathieu (Jean-Joseph-Hyppolite), Beanjeu (Maurice-Jules), Binet (Charles-Hippolyte-Louis-Jules), Duhaut (Emile), Lafforgue (Jean-Bernard-Evariste), Guichard (André-Michel-Albert, Pech (Jules-Alexis-Marie Joseph), Jolly (Louis), Arrufat (Joachim-Etienne-Jean), Maissiat (Claudius-Anthelme.)

— MM. les médecins principaux de première classe Benard et Laderich et M. le médecin-major de première classe Gouell sont nommés commandeurs de l'ordre du Nicham-Iftikhar.

M le médecin-major de deuxième classe Durget et MM. les médecins aides-majors de première classe Lannois, Danjou et Cavalier-Benezet sont nommés officiers du n ême ordre.

— M. le médecin principal de deuxième classe Eichinger et MM. les médecins-majors de première classe Bucquoy, Thomas et Boncous viennent de prendre leur retraite.

Corps de santé de la marine. — Par décret en date du 2 octobre 1893, MM. Carmouze (Sulpice-Edward) et Chastang (Léon-Elie-Joseph), médecins de 2e classe, ont été nommés médecins de 1re classe.

Médecins des Lycées. — M. le Dr Arochard est nommé médecin-dentiste au lycée Lakanal, en remplacement de M. le Dr Combe, démissionnaire.

Mission scientifique. — M. le Dr Rivière, de Lyon, est chargé d'une mission scientifique à Vienne et dans les principales villes de l'Autriche, à l'effet d'y étudier l'art chirurgical, particulièrement au point de vue de la laryngologie, de la rhinologie, et de l'otologie.

Chemins de fer de Paris à Lyon et à la Méditerranée. — *Fête de la Toussaint* — La Compagnie voulant faciliter les voyages, à l'occasion de la fête de la Toussaint, a décidé que les billets d'aller et retour à prix réduits délivré sur son réseau du samedi 28 octobre au mercredi 1er novembre seront tous indistinctement valables, pour le retour, jusqu'aux derniers trains de la journée du vendredi 3 novembre.

Cette durée de validité pourra être prolongée à deux reprises et de moitié (les fractions de jour comptant pour un jour), moyennant le paiement, pour chaque prolongation, d'un supplément égal à 10 p. 100 du prix des billets.

Bulletin hebdomadaire de Statistique municipale.

DÉCÈS NOTIFIÉS DU 15 AU 21 OCTOBRE 1893

Fièvre typh., 16.—Typhus, 0.—Variole, 14.—Rougeole, 1.—Scarlatine, 2. — Coqueluche, 1.—Diphtérie, croup, 5. — Grippe, 0. — Affections cholériformes, 0. — Phtisie pulmonaire, 162. — Méningite tuberculeuse, 12. — Autres tuberculoses, 9. — Tumeurs cancéreuses et autres, 49. — Méningite, 23 — Congestion et hémorrhagie cérébrale, 41. — Paralysie, 6. — Ramollissement cérébral, 9. — Maladies organiques du cœur, 50. — Bronchite aiguë et chronique, 42. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 36 — Autres affections de l'appareil respiratoire, 36. — Gastro-entérite des enfants : sein, biberon et autres, 42. — Fièvre et péritonite puerpérales, 5. — Autres affections puerpérales, 1. — Débilité congénitale, 21. —Sénilité, 11. — Suicides, 20. — Autres morts violentes, 11. — Autres causes de mort, 131. — Causes inconnues, 6. — Total : 762.

Le Rédacteur en chef et Gérant : F. DE RANSE.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame. — *Téléphone*.

64e Année. 8e Série, Tome II — N° 44 — 4 novembre 1893

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Rédacteur en chef : M. le Dr F. DE RANSE
Comité de Rédaction : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN
J. ARNOULD (de Lille), P. FABRE (de Commentry), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon)
Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, avenue Montaigne (Rond-Point des Champs-Élysées)

CLINIQUE CHIRURGICALE

STATISTIQUE ET OBSERVATIONS DE CHIRURGIE HOSPITALIÈRE

Par le Dr Polaillon,
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu, professeur agrégé à la Faculté,
Membre de l'Académie de médecine.

C. — Genou (1).

Affections traumatiques.

I. — *Contusions sans plaie.*

123 cas { 110 hommes, 6 opérés, 104 non opérés } 0 mort.
{ 13 femmes, 0 opéré, 13 — }

Le genou droit et le genou gauche ont été atteints par la contusion aussi souvent l'un que l'autre (55 contusions à droite, 56 à gauche, 2 fois la contusion occupait les deux genoux, 10 fois le côté contus n'a pas été mentionné).

Dans 48 cas la contusion était *simple*.

La complication la plus souvent observée a été l'épanchement sanguin, séreux ou séro-sanguin intra-articulaire.

67 contusions ont été *compliquées d'épanchement intra-articulaire* : 9 fois l'épanchement était peu appréciable, 58 fois il était abondant.

En outre, j'ai noté 7 cas de contusions *compliquées d'épanchement sanguin extra-articulaire*, dans la bourse prérotulienne ou dans les tissus voisins.

Dans 1 cas la contusion s'est compliquée d'une lymphangite descendante de la jambe.

Les épanchements intra et extra-articulaires se sont facilement résorbés sous l'influence du repos, de la compression ouatée ou de la compression avec la bande de caoutchouc. Quelquefois j'ai fait une légère révulsion avec la teinture d'iode en badigeonnages sur la peau. La durée du traitement a été en moyenne de quinze jours.

22 contusions avec épanchement ont guéri en moins de 10 jours.
25 — — en 11 à 20 —
12 — — en 21 à 30 —
6 — — en plus de 31 —

(1) Statistique pendant quatorze années et dix mois, depuis le 1er janvier 1879 jusqu'au 1er novembre 1893.

Cette guérison facile, et en général rapide, des épanchements du genou, suite de contusion, m'a éloigné de pratiquer hâtivement la ponction évacuatrice. Je n'ai eu recours que 4 fois à la ponction, et 2 fois à l'incision de l'articulation, parce que l'épanchement sanguin ne paraissait pas pouvoir se résorber spontanément dans un des cas, et dans l'autre cas, parce que l'épanchement avait suppuré.

2 contusions se sont accompagnées d'un sphacèle superficiel de la peau.

Enfin je viens de mentionner le seul cas où l'épanchement articulaire était devenu suppuratif.

II. — *Plaies contuses.*

29 cas.

25 hommes, 1 opéré, 24 guéris sans opération } 0 mort.
4 femmes, 0 opéré, 4 — }

Ces plaies contuses se sont réparties en 10 plaies au genou droit, 13 au genou gauche, 2 aux deux genoux à la fois. Dans 4 cas, le côté n'a pas été mentionné.

Il est remarquable que les plaies contuses se sont rarement compliquées d'épanchement intra-articulaire : dans 3 cas seulement.

La bourse prérotulienne a été 2 fois ouverte.

Les autres complications ont été : le sphacèle des tissus (2 cas), l'inflammation de la bourse prérotulienne (1 cas), une fistule persistante avec fongosités (1 cas).

J'ai pratiqué 4 fois la suture de ces plaies contuses et j'ai obtenu leur réunion immédiate. Dans les autres cas, il n'a pas été nécessaire de pratiquer la suture, ou la suture était contre-indiquée par l'état de la plaie. Dans le cas où il existait une fistule, j'ai dû la mettre à découvert par une incision, puis pratiquer le curettage des fongosités.

La durée moyenne du séjour des malades à l'hôpital a été de dix-sept jours.

III. — *Plaies par instruments tranchants et piquants.*

10 cas { 9 hommes, 1 opéré, 8 non opérés } 0 mort.
{ 1 femme, 1 opérée, 0 — }

8 fois ces plaies étaient non pénétrantes.

2 fois elles intéressaient l'articulation.

Les plaies non pénétrantes ne se sont compliquées d'hémorrhagie que dans 1 cas. Elles ont été réunies par la suture dans 4 cas ; dans les autres cas, des pansements ont suffi. Elles se sont cicatrisées sans suppuration, sauf dans 1 cas, où il s'est formé un abcès, qui a été incisé. La guérison a eu lieu en une moyenne de dix jours.

Les 2 plaies pénétrantes ont été produites par une aiguille et par un clou. Dans le premier cas, l'aiguille s'était brisée dans la plaie. Il a fallu faire une incision pour l'extraire ; guérison en dix-sept jours. Dans le second cas, une

arthrite aiguë s'est développée. Malgré l'immobilisation, la compression ouatée, la glace en permanence, cette arthrite n'était pas guérie, lorsque le malade voulut sortir au bout de deux semaines.

IV. — *Ruptures du tendon ou du ligament rotulien.*

5 cas { 4 hommes, non opérés, / 1 femme, non opérée, } 0 mort.

Sur ces 5 cas, il y a eu 3 ruptures du tendon rotulien et 2 ruptures du ligament rotulien.

Ces ruptures ont été les unes complètes, les autres incomplètes.

Chez un blessé (obs. 121) les deux tendons rotuliens furent rompus à la fois, complètement à droite, incomplètement à gauche. Chez un autre blessé, la rupture était incomplète, (obs. 122). Enfin le troisième blessé portait une rupture complète, ancienne de quatre mois. Il existait un écartement entre le bord supérieur de la rotule et l'extrémité rompue du tendon, écartement dans lequel on pouvait placer deux doigts. Le blessé étendait difficilement la jambe et était gêné pour monter un escalier. Mais il marchait comme tout le monde sur un terrain plat.

Les *ruptures du ligament rotulien* ont aussi présenté les deux variétés de rupture complète et de rupture incomplète. Un homme s'est présenté avec une rupture complète, ancienne, du ligament rotulien gauche. Il marchait mal, et les efforts se portant particulièrement sur le membre droit furent la cause d'une fracture de la rotule droite. Chez l'autre blessé, qui n'eut qu'une rupture incomplète, la guérison eut lieu en vingt-deux jours.

Tous ces cas de rupture sont entrés dans mon service avant ces dernières années et n'ont pas été opérés. Actuellement je ne manquerai pas d'essayer la suture tendineuse ou ligamenteuse dans le cas de rupture complète.

Obs. 121. — Le nommé G... (François), cocher, âgé de 62 ans, entre le 30 mai 1889, à la Pitié. Pendant une chute, il a fait un grand effort, et la contraction des triceps fémoraux a amené la rupture des tendons rotuliens des deux côtés. Le tendon rotulien droit présentait une rupture complète avec un écartement de trois travers de doigt. Le tendon rotulien gauche était incomplètement rompu et l'écartement des deux bouts était presque nul. Les deux membres inférieurs furent immobilisés dans des gouttières. Au bout de cinquante-six jours, la réunion était complète à gauche. Mais l'écartement subsistait à droite. J'aurais pu tenter la suture tendineuse de ce côté. Mais je n'avais pas alors l'expérience qu'elle pût réussir à la cuisse.

Obs. 122. — Le nommé R..., (Eugène), palefrenier, âgé de 30 ans, est apporté à la Pitié le 22 août 1887. A 11 heures du matin, en faisant un effort pour décharger une voiture de paille, il a ressenti une douleur très vive au genou droit et est tombé en avant sur les mains et les genoux. Il a perdu connaissance et ne peut dire si, au moment de l'effort, il était entraîné en arrière par la charge qu'il portait. Revenu à lui, il a pu marcher, pendant deux cents mètres environ, en se faisant soutenir. Il ressentait une douleur vive au-dessus de la rotule et, à ce niveau, il y avait une dépression où l'on mettait le doigt. Le ligament latéral externe du genou était éraillé et douloureux. Le blessé ne pouvait soulever la jambe, et les mouvements de flexion provoquaient de grandes douleurs. Le membre inférieur fut placé dans une gouttière ouatée. Au bout de trente-six jours, R..., Eugène, sortait de l'hôpital tout à fait guéri. L'écartement n'était pas considérable, un tissu de cicatrice solide s'était formé entre les deux bouts du tendon rotulien.

V. — *Fractures de la rotule.*

39 cas { 34 hommes, 10 opérés, 24 non opérés, / 5 femmes, 0 opérée, 5 non opérées, } 0 mort.

Les fractures par cause directe (choc, chute, coup de pied de cheval) ont été les plus nombreux, nous en comptons 26.

Les fractures par contraction musculaire ont été au nombre de 7. Dans 6 cas, la cause a été douteuse, c'est-à-dire qu'il a été difficile de décider si la fracture était due à la contraction ou à la chute sur le genou qui a suivi cette contraction.

La rotule droite a été fracturée 22 fois, et 5 fois par contraction musculaire.

La rotule gauche a été fracturée 16 fois, et 1 seule fois par contraction musculaire.

Les deux rotules ont été fracturées à la fois chez 1 blessé et, chez ce blessé, la fracture reconnaissait pour cause une contraction musculaire agissant simultanément à droite et à gauche (obs. 123).

Au-dessous de 20 ans, j'ai observé	1 fracture.	
De 21 à 30 ans,	5	—
De 31 à 40 ans,	13	—
De 41 à 50 ans,	8	—
De 51 à 60 ans,	9	—
Au-dessus de 61 ans,	3	—

Comme cause prédisposante à la fracture, j'ai noté, chez 2 blessés, une arthrite rhumatismale chronique du genou, et, chez ces 2 blessés, la fracture avait eu lieu par contraction musculaire.

J'ai encore à signaler que 2 blessés avaient subi, antérieurement du côté opposé, l'un une fracture de la rotule, l'autre une rupture du ligament rotulien, et qu'il existait un écartement considérable entre les parties, qui avaient été rompues autrefois.

Le trait de la fracture était transversal dans 33 cas. 30 fois, il siégeait à peu près à la partie moyenne de la rotule; 3 fois à la partie inférieure, près de l'insertion du ligament rotulien. La rotule était divisée en trois fragments dans un de ces cas.

1 fois la fracture était en étoile.

1 fois elle était compliquée de plaie ouvrant l'articulation (obs. 125).

Il est rare que, dans les fractures transversales, les fragments ne soient pas plus ou moins écartés l'un de l'autre. Cet écartement a varié entre un demi centimètre et trois centimètres.

L'épanchement intra-articulaire sanguin ou séro-sanguin a été la complication ordinaire. Dans 5 cas cet épanchement était extrêmement abondant.

Il est arrivé, dans 1 cas, que la fracture de la rotule coïncidait avec une fracture du tiers moyen du fémur du même côté.

Enfin, un des blessés eut le delirium tremens pendant huit jours, et guérit avec un cal fibreux.

Jusqu'en 1887, j'ai employé les anciennes méthodes de traitement, qui consistaient à immobiliser le membre dans une gouttière, on dans un appareil plâtré, et à suspendre son extrémité inférieure pour relâcher le plus possible le triceps fémoral. 14 blessés ont été traités par ces moyens.

Chez 15 autres blessés, j'ai cherché à perfectionner l'immobilisation et l'extension en rapprochant les fragments de la rotule avec des bandelettes de diachylon. Je moulais sur la face postérieure de la cuisse et de la jambe une attelle plâtrée remontant sous la plante du pied. Lorsque cette attelle était sèche, j'embrassais le bord supérieur du fragment supérieur de la rotule avec le milieu d'une large bandelette de diachylon, qui était ensuite appliquée sur les côtés du genou et entrecroisée au-dessous du genou sur l'attelle plâtrée, où elle venait prendre un point d'appui. Une seconde bandelette de diachylon était placée de la même manière, mais en sens inverse, sur le bord inférieur du fragment inférieur. Ces deux bandelettes, que l'on pouvait renforcer par d'autres bandelettes superposées, tendaient à maintenir le rapprochement des deux fragments. On sait qu'on avait employé dans le même but des bandes de caoutchouc.

Ces procédés ne m'ont donné que des cals fibreux. Chez presque tous les malades, l'écartement n'excédait pas en moyenne un demi centimètre au moment de leur sortie, et, chez quelques uns, il était tout à fait inappréciable. Mais l'usage du membre ne tardait pas à faire céder le cal fibreux, et lorsque j'ai eu l'occasion de revoir les malades, j'ai toujours constaté son allongement. Un homme, que j'avais traité, en 1880, d'une fracture de la rotule par l'immobilisation et les bandelettes de diachylon, et qui n'avait, à sa sortie de l'hôpital, que un centimètre d'écartement, présentait, cinq ans après, un écartement de douze centimètres. Chez un autre blessé, l'écartement était de huit centimètres au bout de trois ans. Ces deux blessés marchaient assez bien, car la difficulté de la marche dépend moins de l'écartement des fragments que de l'atrophie des extenseurs de la jambe. Mais, chez un troisième blessé, un peu ataxique, la marche était si gênée, que je tentai une suture secondaire de la rotule, opération qui fut suivie d'une suppuration articulaire et d'une amputation de la cuisse (obs. 124).

Depuis 1887, j'ai eu recours 4 fois à la coaptation avec les griffes de Duplay. J'ai obtenu un rapprochement exact sans mobilité latérale, donnant tout à fait le résultat d'un cal osseux.

Depuis 1889, j'ai pratiqué 6 fois la suture de la rotule (indépendamment de l'opération de suture secondaire que je viens de citer). Dans ces 6 cas, je crois avoir obtenu un cal osseux. Mais chez 2 opérés, le genou est resté presque ankylosé; et chez l'un d'eux, une contraction musculaire produisit une fracture itérative de la rotule suturée.

Je crois donc que, dans les fractures de la rotule avec écartement, le procédé de choix est la coaptation avec les griffes de Duplay ou la suture de la rotule, et que l'immobilisation dans l'extension doit être réservée aux cas où une des opérations précédentes est contre-indiquée par l'âge, par l'état du membre ou par l'état de santé du blessé.

Obs. 123. — *Fracture transversale simultanée des deux rotules par contraction musculaire* (obs. publiée par M. Ozeune. (*Bull. de la Soc. clin.*, 1880, p. 110; et *France médicale*, 1880, n° 91.) — G... (Joseph), âgé de 22 ans, entre le 16 mai 1880, salle St-Gabriel n° 19, dans le service de M. Polaillon.

Aucun antécédent syphilitique; pas de scrofule.

Depuis huit ans, G... a eu trois attaques de rhumatisme articulaire aigu généralisé. La durée de chaque attaque a été de quatre à six semaines. Chaque fois, les articulations des genoux ont été les dernières libérées. La dernière attaque date de trois ans.

Depuis quelques années, le malade accuse les signes d'une affection cardiaque, déjà reconnue par un médecin; et aujourd'hui on peut constater tous les symptômes d'une insuffisance aortique (souffle diastolique à la base; pouls de Corrigan; double souffle intermittent crural, etc...). L'orifice mitral était aussi le siège d'une altération, et l'on entend un souffle systolique léger.

Le 15 mai, le malade, en partie de plaisir, se livrait au jeu dit du saute-mouton. A un moment donné, il venait de parcourir, en courant, quelques mètres; il prenait, en terme d'écolier, *son envolée*, lorsque, arrivé à quelques pas de celui qui simule le mouton passif, il s'arrêta subitement, fléchit dans toutes ses articulations, et au même instant entendit un bruit sec, un craquement) puis au lieu de s'élever, de quitter le sol, il *tomba immédiatement à la renverse*. En vain, essaya-t-il de se relever; en vain essaya-t-il de faire quelques pas. Lorsqu'on l'eut relevé, il ne lui fut possible de se tenir debout que soutenu par deux personnes.

A la visite du 16 mai, on constata sur chacune des rotules une fracture transversale, siégeant à l'union du tiers inférieur et des deux tiers supérieurs à droite, vers la partie moyenne à gauche. Les fragments présentaient un écartement de deux à trois centimètres. Il était facile de constater leur mobilité et, en les rapprochant, on pouvait produire la crépitation. Dans les deux articulations, il exitsait un épanchement assez abondant.

Du 17 au 23 mai, les membres furent placés dans deux gouttières, et des cataplasmes de farine de lin furent maintenus sur les genoux.

Le 24, deux gouttières plâtrées sont appliquées; et au moyen de bandelettes de diachylon, placées au-dessus et au-dessous de chaque rotule, et entrecroisées au niveau du creux poplité les fragments sont rapprochés le plus près possible l'un de l'autre.

Le 7 juin, on constate, à droite, un cal très peu long, de telle sorte que les fragments semblent être en contact; à gauche, le cal mesure un centimètre de longueur.

Le 9 juin, le malade étant forcé de quitter l'hôpital, on entoure les membres d'un appareil ouaté et silicaté, en laissant les rotules à découvert. Cet appareil doit être conservé une vingtaine de jours.

Obs. 124. — *Fracture transversale de la rotule; suture de la rotule au bout de plusieurs mois; suppuration du genou. Amputation de la cuisse; guérison.* — Dans le courant de l'année 1890, Henri L..., âgé de 50 ans, employé de commerce, se fracture la rotule droite dans une chute contre une marche d'escalier. La fracture est transversale et s'accompagne d'un épanchement sanguin considérable. En raison de l'état de santé du malade, qui est ataxique et un peu obèse, on se borne à placer le membre dans une gouttière. Au bout de soixante-deux jours, le malade quitte la Pitié avec un cal fibreux et un écartement d'un demi-centimètre.

Le 5 juin de l'année suivante (1891), Henri L... revient à la Pitié, demandant avec instance que je lui fasse une suture de la rotule, parce que le cal fibreux s'est allongé et parce qu'il marche très difficilement. Je me laisse aller à consentir à cette opération, bien que la santé du malade ne se soit pas améliorée.

Le 13. Anesthésie par le chloroforme. Application de la bande d'Esmarch. Incision transversale au milieu de l'écartement des fragments rotuliens. Avivement des deux fragments par un trait de scie parallèle à la surface de la cassure. Perforation des fragments supérieurs et inférieurs, en dedans et en dehors, pour passer deux gros fils d'argent, qui servent à rapprocher les fragments et à mettre en contact les surfaces osseuses avivées. Sutures de la peau avec des crins. Pansement de Lister et immobilisation du membre dans l'extension.

La réunion immédiate échoue. L'articulation du genou suppure, et des fusées purulentes envahissent la cuisse.

Des incisions, des lavages phéniqués, des pansements souvent renouvelés ne parviennent pas à combattre l'inflammation suppurative.

La suppuration qui baigne les fragments rotuliens, oblige à enlever les fils d'argent.

On cherche à obtenir la guérison par l'ankylose du genou. Mais la santé générale s'altère de plus en plus. Le malade éprouve de grandes douleurs. Il a de la fièvre. Il est menacé de succomber à la septicémie. Il devient urgent de sauver la vie par la suppression du foyer infectieux.

Le 2 octobre. Je pratique l'amputation de la cuisse au tiers moyen. Suture. Drainage. Pansement de Lister.

L'amputation se guérit par réunion immédiate. Le 19 décembre, Henri L... quitte l'hôpital.

Obs. 125. — *Fracture de la rotule compliquée de plaie pénétrante; suture de la rotule; guérison. Fracture itérative de la même rotule par contraction musculaire.* — Charles G..., âgé de 34 ans, exerçant la profession de corroyeur, est apporté à la Pitié le 13 mai 1889.

Dans une chute sur le genou droit, il vient de se faire une large plaie contuse avec fracture transversale de la rotule. La plaie contuse communique avec le foyer de la fracture et, par suite, avec l'articulation du genou qui est ouverte.

On lave immédiatement la plaie contuse et la cavité articulaire avec un jet d'eau phéniquée pour enlever les caillots et toutes les souillures. Puis le malade étant endormi, j'applique avec un perforateur deux points de suture en gros fil d'argent sur les fragments supérieur et inférieur. Ces sutures sont placées, l'une près du bord externe, l'autre près du bord interne de la rotule. En serrant les fils, les deux fragments sont exactement rapprochés.

Par dessus la rotule, la peau est suturée. Pansement de Lister et immobilisation du genou dans un appareil plâtré, qui embrasse tout le membre inférieur.

Les suites furent simples.

Au bout de deux mois et demi, la rotule paraissait consolidée par un cal osseux, et il y avait ankylose fibreuse du genou.

Charles G... quitte l'hôpital le 23 juillet. Il y rentre le 16 novembre, avec une fracture récidivante de la rotule qui avait été suturée. La rotule s'était rompue sous l'influence d'une contraction musculaire.

Je ne fis pas une nouvelle suture osseuse. Le membre fut immobilisé dans la rectitude, et la fracture se guérit par un cal fibreux.

VI. — *Entorses.*

60 cas { 53 hommes, 52 guéris, 1 non guéri ; 7 femmes, 7 guéries, 0 — } 0 mort

Nous avons compté 34 entorses au genou droit, 21 au genou gauche et 2 aux deux genoux.

L'ankylose fibreuse du genou paraît prédisposer à l'entorse, nous en avons observé 3 cas sur des genoux ankylosés. L'arthrite chronique, une entorse antérieure mal guérie, en altérant la liberté des mouvements articulaires, sont aussi des causes prédisposantes de l'entorse; nous avons noté 2 entorses dues à ces causes.

Les ligaments latéraux éraillés, et quelquefois complètement déchirés, ont été le siège d'une violente douleur.

Il n'est arrivé que 3 fois que les deux ligaments latéraux fussent déchirés en même temps. Cette double déchirure se traduisit par des mouvements de latéralité anormaux et très étendus dans l'articulation du genou.

La complication la plus fréquente des entorses du genou a été l'épanchement intra-articulaire (21 cas) dont l'abondance, très variable, a été parfois excessive. Une autre complication, fréquente dans les entorses mal soignées, c'est l'arthrite consécutive; mais dans notre service nous n'en avons noté qu'un cas. Enfin, une complication rare, c'est la contracture consécutive des muscles. Cette contracture n'a eu lieu que chez 1 seul de nos blessés. A la suite d'une entorse du genou, les muscles fléchisseurs de la jambe s'étaient contracturés, et maintenaient le membre en état d'ankylose angulaire. Il s'agissait là d'une contracture hystéro-traumatique, analogue à celles que nous avons déjà signalées pour le pied.

Comme traitement : bains prolongés d'eau chaude, massages, compression ouatée sans immobilisation spéciale, quelquefois révulsion sur la peau, avec un vésicatoire ou la teinture d'iode, avant l'application de la compression ouatée.

Les entorses légères ont été les plus nombreuses :
18 ont nécessité un traitement de 1 à 5 jours.
15 — — de 6 à 10 —

Parmi les entorses graves, au nombre de 25 :
10 ont nécessité un traitement de 10 à 20 jours.
8 — — de 21 à 30 —
7 — — de plus de 31 —

La durée moyenne du séjour à l'hôpital pour les entorses du genou a été de dix-sept jours.

VII. — *Luxations.*

1 cas : 1 homme, 1 guéri.

Pendant la longue période de quatorze années et dix mois de pratique hospitalière, je n'ai eu à soigner qu'une seule luxation du genou, sur laquelle j'ai conservé quelques notes (obs. 126).

Obs. 126. — *Luxation incomplète du genou en dehors.* — Le nommé Pierre L..., relieur, âgé de 64 ans, fait une chute de sa hauteur, dans laquelle la jambe droite se ploie en dedans. Il ressent une très vive douleur dans le genou, ne peut se relever et est apporté à la Pitié le 28 juin 1880.

A la visite du 29 juin, je trouve le genou droit déformé : son diamètre transversal est fortement agrandi ; le condyle interne du fémur fait saillie en dedans ; au-dessous de lui existe une dépression. La tubérosité antérieure du tibia et la rotule sont déjetées en dehors. Sur la face externe du genou, on sent une saillie formée par la tubérosité externe du tibia et par la tête du péroné. La jambe est très légèrement fléchie. Il est facile de reconnaître à ces signes une luxation du tibia en dehors, luxation incomplète, les surfaces articulaires ne s'étant pas complètement abandonnées.

Les manœuvres de flexion et de coaptation faites sans anesthésie, ne parviennent pas à réduire la luxation. Les muscles sont fortement contracturés et le patient souffre beaucoup pendant ces manœuvres. Je le soumets donc, séance tenante, aux inhalations chloroformiques. Lorsque l'anesthésie est complète, une peu d'extension et quelques pressions pour ramener les os à leur place réduisent facilement la luxation.

Application d'un bandage ouaté compressif et immobilisation dans une gouttière jusqu'au 22 juillet. Puis appareil silicaté, avec lequel le malade se lève et marche.

Le 23 août, Pierre L... sort guéri. Le genou a recouvré ses mouvements.

(*A suivre.*)

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

DE L'EMPLOI DE L'ESSENCE DE CANNELLE COMME TRAITEMENT ABORTIF DE LA BLENNORRHAGIE,

Par J. CHALMERS DA COSTA,

Démonstrateur de chirurgie au Jefferson medical College (1).

Le traitement de la blennorrhagie n'est encore que purement empirique. Des milliers de remèdes, des méthodes innombrables, ont été préconisés, mais on n'a pas encore découvert de spécifique, non plus que de système tout à fait satisfaisant. La découverte du gonococcus et la notion qu'il se fixe aussi bien au-dessous de la couche épithéliale qu'à sa surface, indique seulement ce que pourra être une méthode vraiment scientifique. Ce que nous pouvons affirmer, c'est que les remèdes qui n'agissent que sur la surface uréthrale par l'intermédiaire de l'urine ne peuvent amener de guérison. Les balsamiques pris à l'intérieur modifient les symptômes, mais il est douteux que la durée de l'affection en soit raccourcie. Il est bien certain que les astringents amélioreront une inflammation non suppurative de quelque ordre que ce soit en produisant la contraction vasculaire, en augmentant la rapidité de la circulation, en détachant des parois vasculaires les corpuscules qui y adhèrent et en déterminant la résorption ; mais les astringents ne sont d'aucune utilité dans les suppurations aiguës. Mon expérience personnelle m'a démontré que l'usage des astringents dans la période aiguë de la gonorrhée, n'est en aucune façon favorable.

Quand le cas est vu de bonne heure, le traitement approprié consistera en l'emploi de substances antiseptiques. Les rétro-injections chaudes de sublimé corrosif rendent incontestablement de grands services, mais ce dernier ne peut être utilisé qu'en solutions extrêmement étendues (1 : 20.000), les solutions concentrées étant très irritantes. Voici la marche à suivre que je recommande pour faire avorter une blennorrhagie à son début :

1° Il y aura lieu de pratiquer un nettoyage de la muqueuse comme mesure préliminaire à toute injection antiseptique. Le cours de l'urine, sur lequel on se fie trop souvent, n'y arrive point d'une manière satisfaisante. La muqueuse, en effet, est épaissie, et il s'est formé de nombreux replis ; quelques gouttes d'urine restent dans les cryptes et les dépressions, s'y décomposent et deviennent irritantes, et alors l'urine, bien loin de nettoyer l'urèthre, devient une substance nuisible qu'il est utile d'enlever. En conséquence, avant d'injecter un antiseptique, on videra la vessie et on lavera l'urèthre avec de l'eau chaude ou mieux avec une solution d'eau oxygénée. Le Dr J. William White a depuis quelque temps recommandé l'emploi de l'eau oxygénée dans la gonorrhée. La solution au quinzième est diluée d'un égal volume d'eau et injectée à l'aide d'une seringue ordinaire, ou, comme je le préfère, pulvérisée avec un pulvérisateur à canule de métal. La pulvérisation permet d'atteindre toutes les portions de l'urèthre. Elle détermine une distension considérable qui n'ira point jusqu'à produire de la douleur. En la laissant ressortir, on prendra soin que des gouttes ou de l'écume ne rejaillissent point dans les yeux. La pulvérisation sera continuée une minute ou deux, en laissant la béance du méat se produire par intervalles, afin de laisser l'écume s'écouler librement au dehors.

L'injection d'un agent antiseptique doit suivre le nettoyage de l'urèthre. Cet agent ne sera point irritant ou au moins ne sera que très peu irritant. Il devra être certainement germicide ; être capable de pénétrer le tissu conjonctif sous-jacent aux cellules épithéliales ; avoir une tendance à rester au contact de la muqueuse et non point à s'écouler au dehors immédiatement. Depuis plusieurs mois déjà le Dr D. Braden Kyle a institué dans notre laboratoire privé une série d'expériences sur les propriétés de l'essence de cannelle. Il a constaté que cette substance possède un pouvoir antiseptique des plus remarquables (ses conclusions seront bientôt publiées), et l'a employée avec des résultats fort avantageux, dans le traitement des états inflammatoires infectieux et non infectieux des conduits nasal et auditif. Ses succès m'ont amené à utiliser le même agent dans le traitement de la blennorrhagie. L'essence sera appliquée une fois par jour au moyen du pulvérisateur (et c'est là la méthode la plus efficace si le médecin peut l'appliquer lui-même, ou si le malade est suffisamment intelligent pour s'en charger). On mélange l'essence avec du benzoinol à trois titres différents : 1, 2 ou 3 gouttes de l'essence respectivement pour 30 grammes de benzoinol. Le premier jour on emploie la solution n° 1 (1 goutte pour 30 grammes) ; le second jour, la solution n° 2 ; et ensuite, la solution n° 3. Le benzoinol a le grand avantage de déterminer la diffusion complète de l'essence et aussi de favoriser une adhérence tenace de cette dernière à la muqueuse. Le Dr Howitz préfère les injections d'essence de cannelle en solution de même force dans l'albolène ou le benzoinol. J'ai employé cette méthode et la considère la meilleure quand le malade manque d'intelligence et est obligé de s'occuper lui-même de son traitement.

C'est au début de la blennorrhagie que l'essence de cannelle trouve son indication la plus avantageuse. Dans les cas aigus, en pleine période d'activité, son emploi détermine une vive douleur ; mais bien que cette substance n'arrête point l'évolution de la maladie, elle amène une diminution dans l'*arder urinæ*. Dans les cas chroniques, elle paraît être d'une réelle

(1) *Medical News*, 21 octobre 1893.

utilité. Je suis loin de prétendre avoir trouvé un spécifique, mais je suis bien certain que l'essence de cannelle est un remède d'une grande efficacité dans certains cas de gonorrhée. Dans 40 cas d'uréthrite aiguë au début, reconnue cliniquement pour être blennorrhagique, et se trouvant entre le troisième et le cinquième jour de l'évolution, les résultats suivants ont été obtenus :

Dans 6 cas, l'écoulement a cessé en deux jours et ne s'est pas reproduit; dans 12 cas, l'écoulement a cessé en cinq jours; dans 6 cas, il s'est arrêté du huitième au dixième jour; dans dix, entre dix et quinze jours; dans 2 cas le traitement a totalement échoué et a été abandonné après deux semaines; 4 malades ne sont point revenus après la première visite.

On n'a point conjointement utilisé d'autre traitement; cependant les précautions hygiéniques et diététiques ordinaires ont été observées. Le Dr Howitz m'a fait savoir que 15 cas aigus au début qu'il a soignés par cette méthode, ont été guéris en dix jours. Dans 10 cas de gonorrhée chronique, sans rétrécissement apparent ou plaques granuleuses, le traitement a été suivi de succès : 4 cas ont été guéris en deux semaines; 3, en trois semaines; 3 autres ont été améliorés, mais non guéris. Nulle complication dans aucun cas.

Ces observations, faites pour la plupart dans le Jefferson College Hospital semblent justifier la conclusion que l'essence de cannelle est réellement efficace dans le traitement de la gonorrhée commençante et de la gonorrhée chronique. Des expériences prochaines démontreront si cette substance, administrée par la bouche, produira des résultats heureux.

Les injections seront pratiquées 3 ou 4 fois par jour; elles auront été immédiatement précédées d'une miction et d'un nettoyage de l'urèthre avec de l'eau oxygénée. Dans les cas où elles déterminent de vives douleurs, on utilisera d'abord les solutions les plus faibles qui ne seront retenues dans l'urèthre qu'un temps très court.

Les injections irritantes en solutions fortes semblent favoriser la formation de rétrécissements, objection qui ne paraît pas pouvoir être faite à l'emploi de l'essence de cannelle.

R. F.-M.

DÉONTOLOGIE

SUR LES MALADIES ÉPIDÉMIQUES ENTRAINANT LA DÉCLARATION OBLIGATOIRE.

Discussion.

(Suite et fin) (1).

M. VALLIN. — MM. Brouardel et Grancher ont facilité ma tâche en appuyant et en développant les considérations présentées dans mon rapport : je n'ai rien à ajouter à la réfutation qu'ils ont faite des critiques de M. Le Roy de Méricourt. Toutefois, je ne partage pas l'opinion de mes chers collègues en ce qui concerne la rougeole, et je demande à l'Académie la permission de lui soumettre quelques observations à l'appui du maintien de la rougeole sur la liste des maladies dont la déclaration doit être obligatoire.

Il est certain que la rougeole est surtout contagieuse dès la période pré-éruptive et tout à fait au début de l'éruption. Mais on est loin d'être d'accord sur l'époque où cesse cette contagiosité. En 1889, au cours de la discussion qui eut lieu à la Société médicale des hôpitaux, MM. Grancher et Sevestre fixaient cette limite au cinquième jour; d'autres l'ont rapprochée encore davantage; mais il y a quelques semaines, à la fin de juillet, l'Académie de médecine, consultée de nouveau par M. le ministre de l'instruction publique sur la durée de l'isolement des élèves des lycées et des écoles atteints de rongeole, adoptait, sur le rapport de M. Ollivier, les conclusions de votre Commission d'hygiène et limitait la durée de l'isolement pour la rougeole à seize jours, à partir du début de l'invasion. Il me semble difficile que l'Académie se déjuge en quelque sorte à moins de trois mois d'intervalle.

Nous reconnaissons que les germes ruhéoliques, détachés de l'organisme vivant, perdent rapidement leur vitalité et deviennent bientôt stériles. Mais n'est-ce pas aller un peu loin que de déclarer avec M. Grancher qu'un lit abandonné par un enfant atteint de rougeole peut être occupé impunément, *au bout de deux ou trois heures*, par une autre personne. Combien y a-t-il de médecins qui consentiraient à en faire l'épreuve sur leur propre enfant?

Cette opinion repose ou sur des inductions ou sur des faits négatifs. Si l'on me demande des faits positifs, je répondrai qu'on a rarement été assez audacieux pour faire coucher un enfant n'ayant pas eu encore la rougeole dans le lit qu'un ruhéoleux avait quitté depuis quelques heures.

Je puis cependant citer un cas où un militaire fut atteint de rougeole au cours d'un congé. Il rentra au corps quinze jours après le début de l'éruption, alors qu'il paraissait guéri. Quinze jours après, ses voisins de chambrée prirent la rougeole, qui se propagea dans le régiment. Je dois ajouter que les vêtements du premier malade n'avaient subi aucune espèce de désinfection. Il n'est pas rare, dans nos casernes, de voir des épidémies de rougeole durer six mois et même un an, avec des interruptions qui dépassent de beaucoup la durée d'une période d'incubation. On ne peut accuser alors que la contagion par des germes anciens.

Ce sont là sans doute des cas exceptionnels, car la durée de la virulence des germes détachés de l'organisme est en général aussi courte dans la rougeole qu'elle est longue dans la diphtérie. Ceci est vrai surtout pour les parcelles épidermiques, les poussières disséminées dans l'atmosphère et exposées à l'oxygène, à la lumière, à la dessiccation, ces grands agents purificateurs de la nature. Mais en est-il de même quand les germes sont contenus dans les sécrétions encore humides des bronches, du pharynx, des muqueuses trachéo-laryngées, qui viennent souiller les couvertures, la literie, les vêtements, les meubles et les planchers? Dans ces conditions, n'est-il pas à craindre que la virulence des germes soit beaucoup moins éphémère? Nous admettons que l'emploi des désinfectants proprement dits soit moins indispensable dans la rougeole que dans les autres fièvres éruptives; l'exposition prolongée à l'air et au soleil des objets souillés suffit souvent pour assurer l'assainissement; mais encore faut-il que l'on ait recours à ces moyens primitifs de purification, que conseillera le médecin sanitaire.

M. Grancher dit que la désinfection même rigoureuse de la literie et des effets n'a donné aucun résultat utile à l'hôpital des Enfants. Je le comprends aisément dans un hôpital où la chaîne des contagions pour les entrants n'est

(1) Voir le numéro précédent.

jamais interrompue, où chaque jour un enfant peut entrer pour une maladie quelconque, alors qu'il est au huitième jour de la période d'incubation de la rougeole, sans qu'aucun signe révèle l'existence de la maladie qui couve. A quoi sert de désinfecter d'un côté literies et effets, si de l'autre la contagion rentre par un nouveau malade qu'on ne soupçonne pas d'être dangereux. Aussi M. Grancher et tous ses collègues des hôpitaux d'enfants demandent-ils justement que tout entrant soit retenu dans une chambre d'observation avant d'être placé dans une des salles de l'hôpital, jusqu'à ce qu'on se soit assuré qu'il n'était pas en incubation de rougeole. Mais il n'en est plus ainsi dans la vie privée, ni même dans une habitation collective autre qu'un hôpital. Le danger dans une famille nombreuse où il y a un rubéoleux réside à peu près exclusivement dans les objets qu'il a souillés, et la désinfection reste ici une garantie utile même dans les hôpitaux d'enfants. MM. Cadet de Gassicourt, Grancher et Sevestre nous disaient, en 1889, avoir singulièrement abaissé la fréquence et la mortalité de la rougeole par l'application rigoureuse des mesures de désinfection.

On dit encore : la contagiosité de la rougeole est telle, que tout sujet susceptible qui a été au contact d'un rubéoleux, ne fût-ce que peu d'heures, est déjà contagionné ; tout isolement du premier malade devient donc inutile : ceux qu'il faudrait isoler, ce sont ceux qui ne sont pas encore malades, mais qui vont le devenir à la fin de la période d'incubation. Mais ne voit-on pas, dans une famille où il y a plusieurs enfants, ceux-ci contracter la rougeole successivement, alors cependant que le frère atteint le premier a vécu également au contact de tous ? M. Bard, qui a donné une excellente description d'une épidémie observée à Lyon et qui est un des plus chauds partisans de la précocité et de la courte durée de la virulence rubéolique, M. Bard cite deux enfants qui sont restés dans la même salle, l'un trente jours, l'autre soixante-dix-huit jours avant d'avoir la rougeole. au contact d'enfants se succédant avec cette affection. N'est-il pas probable qu'ils auraient échappé à la maladie si quelques jours après le premier contact ils avaient été isolés et placés dans un milieu désinfecté.

On dit enfin : A quoi sert de prendre tant de précautions contre une maladie à laquelle personne n'échappe? nous sommes désarmés contre elle, il faut la subir. Nous répondons que la mortalité par rougeole varie de 2 décès à 50 décès pour 100 cas, qu'il n'est pas indifférent d'avoir la rougeole à 2 ans ou à 10 ans, en été ou en hiver, en pleine santé ou en convalescence d'une affection des voies respiratoires qui a détruit les épithéliums protecteurs et ouvert des voies à l'inoculation bronchique ; qu'il y a des épidémies bénignes, d'autres où la complication de bronchopneumonie amène des désastres. Il est donc souvent nécessaire de mettre tout en œuvre pour empêcher un sujet de contracter la rougeole à telle époque de sa vie ou dans telles conditions de santé qui en font pour lui une maladie presque sûrement mortelle.

Je pense qu'il est prudent et nécessaire de maintenir la rougeole sur la liste des maladies dont la déclaration est obligatoire.

En ce qui concerne la variole, il me semble utile d'ajouter le mot varioloïde, afin d'éviter toute erreur d'interprétation de la part des personnes étrangères à la médecine.

Il y a lieu également de ne pas faire mention, pour les infections puerpérales et l'ophtalmie des nouveau-nés, de la déclaration obligatoire par les parents, logeurs, etc., puisque l'avis demandé à l'Académie vise exclusivement la loi sur l'exercice de la médecine, et non la loi sanitaire en préparation.

M. Cadet de Gassicourt. — Ce n'est pas contre la rougeole que nous avons mes collègues des hôpitaux d'enfants et moi, obtenu de bons résultats par l'isolement et la désinfection, mais contre ses complications, spécialement contre la broncho-pneumonie. Il y a là une grande différence qu'il importe de signaler dans la pratique, aussi bien pour la rougeole que pour la coqueluche. Je partage en conséquence l'opinion de M. Grancher sur l'impuissance de l'isolement et de la désinfection comme moyens prophylactiques de la rougeole et, comme lui, je demande qu'elle soit rayée de la liste.

M. Grancher. — Contrairement à ce que pense M. Vallin, la Commission, qui composait tous les médecins des hôpitaux d'enfants de Paris et à laquelle il a fait tout à l'heure allusion, a admis que la contagion de la rougeole était trop précoce pour qu'elle pût être évitée par l'isolement et la désinfection. C'est aussi la conclusion à laquelle M. Bard s'est arrêté; tout au plus a-t-il pu citer quelques cas très rares où il y avait eu contagion après éruption.

J'ajoute que je n'ai pas toujours partagé cette opinion ; ce n'est qu'après quatre années d'efforts inutiles que je suis parvenu à changer mes idées à ce sujet et à me convaincre que l isolement et la désinfection ne pouvaient absolument rien contre la diffusion du germe rubéolique. D'ailleurs, la liste que nous discutons reste ouverte et si les progrès de la science modifiaient nos opinions, il serait toujours possible de rétablir cette maladie parmi celles pour lesquelles l'intervention administrative doit être sollicitée.

M. Hallopeau. — Je désire faire une réserve relativement à une maladie dont il n'est pas question dans le remarquable rapport de M. Vallin et qui cependant mérite, par sa gravité aussi bien que par sa puissance de propagation, d'attirer au plus haut degré l'attention des pouvoirs publics : je veux parler de la lèpre.

Bien peu de médecins révoquent aujourd'hui la possibilité de sa transmission par les individus qui en sont atteints. On connait nombre de cas dans lesquels l'arrivée d'un de ces sujets dans un pays qui jusque-là en était resté indemne y a déterminé le développement d'un foyer. Nous devons être, à Paris, incessamment menacés d'une semblable invasion, car le nombre de lépreux qui arrivent dans notre ville s'accroît, non seulement parce que les communications avec les pays infectés deviennent de plus en plus faciles, mais aussi parce que les médecins de ces pays envoient leurs malades en France dans la pensée qu'ils y trouveront, en raison des conditions climatériques, plus de chances de guérison deux faits de cette nature sont parvenus cette année à notre connaissance. N'y aurait-il pas des mesures administratives à prendre à l'égard des lépreux qui viennent séjourner en France d'une immunité que nous conférerait, soit notre race, soit notre climat : on sait que les Français peuvent contracter la lèpre quand ils séjournent dans des pays où cette maladie est endémique et l'on n'ignore pas qu'elle a été fort répandue en France pendant des siècles ; on peut dire, il est vrai, que, chez nous, la

plupart des lépreux sont actuellement hospitalisés, ceux du moins qui présentent des formes graves, ulcéreuses de la maladie, les seules peut-être qui soient transmissibles, mais il y a des exceptions et nous connaissons de ces sujets qui vivent librement dans les meilleures conditions pour propager leur mal. Ils semblent donc que, dès à présent, la lèpre devrait être classée parmi les maladies épidémiques entraînant la déclaration obligatoire; si cependant nous ne demandons pas aujourd'hui son addition à la liste, c'est en raison des mesures qui pourraient être utilement opposées à sa propagation; la seule efficace serait en effet l'isolement et elle est bien difficilement applicable dans l'état actuel de de notre civilisation; il faudrait, pour qu'elle pût être discutée, un danger évident et pressant; or, il n'en est pas ainsi actuellement, car on ne connaît pas encore un seul fait de transmission de la lèpre en France, nous attendrons qu'il s'en produise pour revenir sur cette question; nous souhaitons, sans oser l'espérer, que cette attente soit de longue durée.

M. Brouardel. — Assurément, mais il est essentiel de restreindre le plus possible la liste des maladies dont la déclaration sera obligatoire. La lèpre est trop exceptionnelle dans nos pays, pour qu'on puisse dès maintenant l'inscrire sur cette liste.

M. Chauvel. — Je désire appeler sur un point bien limité, bien minime peut-être, mais qui ne me paraît pas sans importance pratique, l'attention de l'Académie et de l'éminent rapporteur de sa commission d'hygiène. Au nombre des maladies infectieuses dont est proposée la déclaration obligatoire se trouve l'*ophtalmie purulente*. Notre collègue M. Vallin nous a donné les raisons qui rendent désirable l'inscription dans la liste, avec certaines restrictions toutefois, de cette affection très fréquente encore et cause de nombreuses cécités (un cinquième environ d'après les statistiques de Fuchs et de Trousseau, de la totalité des aveugles).

Je crois, comme presque tous les médecins, avec tous les oculistes, à l'utilité de cette déclaration; mais si l'obligation est pour cette maladie limitée aux sages-femmes (art. 15 de la loi du 30 novembre 1892), si on en excepte le médecin, qui seul, dit M. le rapporteur, a qualité pour soigner l'enfant et appliquer le traitement nécessaire, il me paraît n'être pas inutile d'en spécifier les conditions avec plus de précision. Il ne faut pas si l'on ne veut s'exposer à les voir chaque jour éludées, que les prescriptions réglementaires soient d'une interprétation douteuse, que le texte en soit discutable.

Vous me direz que c'est par omission que le mot *ophtalmie purulente*, inscrit dans la liste de la Commission, n'est pas suivi de qualificatif: *des nouveau-nés*. Il suffit d'avoir lu les pages précédentes du rapport, pour être convaincu qu'il n'est pas dans l'intention de la Commission, et je pense qu'il n'est pas davantage dans l'intention de l'Académie, d'étendre l'obligation de déclarations aux ophtalmies purulentes de l'âge adulte et de l'enfance, malgré leur ressemblance, j'allais dire leur identité, avec la conjonctivite des nouveau-nés. Comme l'a si bien dit M. Vallin, pour ces derniers, la déclaration de l'ophtalmie a pour but de leur assurer la conservation de la vue. Incapables de se défendre, ils ont droit à la protection de la loi.

Ce que je désirerais obtenir de la Commission, de l'Académie, si elle le juge utile, c'est qu'au mot *ophtalmie purulente* soient substitués les termes plus larges d'*ophtalmie*, sans aucun qualificatif de *maladies des yeux*, et que la rédaction adoptée soit: *Les ophtalmies* (maladies des yeux) *des nouveau-nés dans les quinze premiers jours de la vie*. En voici les raisons: La conjonctivite purulente des nouveau-nés ne se développe pas en quelques heures comme celle de l'adulte. Elle ne débute pas immédiatement après l'accouchement, mais deux, trois, cinq jours plus tard, et ses symptômes primitifs sont si légers, qu'elle est presque toujours négligé. Quand la sécrétion conjonctivale est devenue purulente et profuse, quand les paupières gonflées, luisantes, violacées, viennent témoigner de la nature et de la gravité de l'affection, il est déjà bien tard pour la combattre. Et ce n'est qu'à ce moment, c'est seulement à cette période avancée que la sage-femme a, le plus souvent conscience du danger. Pour obtenir le résultat désiré, pour sauver la vue de l'enfant et préserver les siens de la contagion, il faut ne laisser à la sage-femme aucune hésitation sur son devoir.

Dans toutes les autres maladies comprises dans la liste de votre Commission, c'est le médecin traitant qui seul portera le diagnostic. S'il ne fait la déclaration lui-même, c'est par lui que le chef de famille, les parents seront invités à la faire. Pour l'ophtalmie des nouveau-nés, au contraire, puisque vous excluez le médecin de cette obligation, à qui incombera-t-elle le plus souvent? Aux sages-femmes! Demandez aux oculistes dans quel état pitoyable, désespéré, leur arrivent trop souvent les enfants visités par elles. En spécifiant que toute *maladie oculaire*, *toute ophtalmie* du nouveau-né doit être immédiatement déclarée, nous évitons toute erreur, toute tergiversation.

Au reste l'obligation peut être limitée à une courte période, quinze jours seulement. C'est qu'en effet l'ophtalmie purulente ne se développe que tout à fait exceptionnellement à une époque plus tardive. Si j'ajoute qu'elle est à peu près la seule affection oculaire rencontrée chez les nouveau-nés, j'aurai, je l'espère, fait comprendre à l'Académie les avantages de la rédaction que je viens de lui proposer.

M. Charpentier. — Il me paraît indispensable que l'obligation de la déclaration des infections puerpérales soit imposée aussi bien aux médecins qu'aux sages-femmes; car ils peuvent tout aussi bien que celle-ci transporter l'infection puerpérale.

M. le Président. — Quel but poursuivons-nous en dressant la liste que nous discutons? Nous voulons surtout rendre obligatoire la déclaration des maladies qui peuvent devenir le point de départ d'une épidémie par contagion.

Or, la fièvre puerpérale n'est pas contagieuse, en pratique, de femme à femme, puisque les malades ne communiquent pas avec des femmes en couches. La contagion a donc lieu par transport, c'est-à-dire par l'accoucheur ou la sage-femme. Je crois, pour mon compte, que tout médecin connaît les précautions à prendre; et qu'en présence d'un cas d'infection, il prendra les mesures nécessaires pour qu'il n'y ait pas contagion.

Le véritable danger ici, c'est la sage-femme qui le crée; je pense donc qu'elle doit être obligée, et elle seule, à la déclaration.

En ce qui concerne l'ophtalmie des nouveau-nés, il me paraît également inutile d'en demander la déclaration par

le médecin, tandis qu'il est nécessaire, au contraire, d'imposer cette déclaration à la sage-femme, afin que le médecin soit appelé à intervenir rapidement.

M. Kelsch. — Je demande de vouloir bien supprimer le mot *épidémique*, inscrit à côté de la dysenterie. Je ne crois pas que la dysenterie qui attaque un individu soit d'essence différente celle qui se répand dans les groupes. La différence réside dans l'énergie et la puissance expansive de la cause, et non dans la nature de celle-ci. Tout cas solitaire peut dégénérer en épidémie, si la prophylaxie le dédaigne. D'ailleurs, l'épidémie commence d'ordinaire par des cas épars, qui, s'ils viennent à être traités par autant de médecins distincts, seront considérés par chacun d'eux, à tort, comme des cas isolés; et quand la prophylaxie interviendra, l'épidémie aura pris son essor, et il sera trop tard.

Permettez-moi aussi de dire que je regretterai beaucoup de voir la rougeole supprimée du groupe des maladies dont la déclaration est obligatoire.

Sans doute, comme nous l'a dit M. Grancher, elle est souvent contagieuse dans la période prééruptive où la difficulté du diagnostic tient en échec les efforts de la prophylaxie. Et, d'autre part, son contage résiste très peu de temps aux agents de destruction naturels.

Mais ces propositions commandent une certaine réserve. Je désire en faire pour la dernière. Je possède quelques observations qui montrent que la caducité du contage n'est pas aussi absolue qu'on pourrait le croire d'après cette discussion. Je me souviens, entre autres, d'un fait, relevé il y une douzaine d'années, par notre Czernicki, à la caserne des Papes, à Avignon. Un homme contracte la rougeole; c'est un cas complètement isolé: il n'y en a point actuellement ni à la caserne, ni à l'hôpital, ni en ville, où d'ailleurs le sujet n'était point allé depuis près d'un mois. L'enquête faite par le médecin sur la provenance de ce cas, lui révéla que ce militaire avait brossé, quelques jours avant de tomber malade, un lot d'effets qui avaient été portés plusieurs mois auparavant par un homme admis à l'hôpital pour rougeole. On trouve dans nos archives de médecine militaire la mention de quelques autres faits qui portent le même témoignage. Pour exceptionnels qu'ils soient, ils n'en sont pas moins réels, et dignes de fixer l'attention de l'hygiéniste.

M. Daremberg, correspondant national. — Il est certain que l'opinion publique n'est pas préparée à considérer comme transmissibles toutes les maladies dont la contagiosité est admise par les médecins; il en est une toutefois sur laquelle on n'hésite plus, je veux parler de la tuberculose pulmonaire, et cependant elle n'est pas inscrite sur la liste proposée au vote de l'Académie.

Je le regrette profondément pour mon compte, comme médecin d'une station hivernale où mes confrères et moi nous nous préoccupons avec le plus grand soin d'obtenir de la part des maîtres d'hôtels et de garnis des mesures de désinfection. Si la tuberculose est éliminée de la liste proposée, ceux-ci ne manqueront pas de s'emparer de cette omission pour se refuser à prendre ces mesures.

M. le Président. — L'Académie n'a rien à prescrire; elle n'a qu'une liste à établir.

M. Brouardel. — Le maire ou le préfet ont tout pouvoir pour imposer des mesures sanitaires à l'égard de la tuberculose aux maîtres d'hôtels et de garnis.

M. le Président. — Les observations de M. Daremberg peuvent être facilement l'objet d'un vœu à la suite et comme conséquence de cette discussion.

Je vais mettre successivement aux voix les diverses maladies pour lesquelles la Commission, sur le rapport de M. Vallin, demande la déclaration obligatoire:

1° Pour le choléra, la proposition est adoptée à l'*unanimité*;

2° Pour les maladies cholériformes, la proposition est adoptée à la *presque unanimité*;

3° Pour la fièvre jaune et la peste, *unanimité*;

4° Pour la variole avec adjonction de la varioloïde, *unanimité*;

5° Pour la scarlatine, *unanimité*;

6° La proposition de placer la rougeole sur cette liste est rejetée à l'*unanimité moins 3 voix*;

7° Pour la suette miliaire, la diphtérie (croupe et angine couenneuse), la fièvre typhoïde et le typhus exanthématique, *unanimité*;

8° Pour la dysenterie, avec suppression de l'épithète épidémique, *unanimité*;

M. le Président. — La désignation des maladies auxquelles doit s'appliquer l'article 15 de la loi du 30 novembre 1892, a pour point de départ ces deux principes:

1° Empêcher qu'une personne bien portante s'expose à son insu à entrer dans la sphère de transmissibilité d'une affection contagieuse;

2° Permettre à l'autorité sanitaire de supprimer le transport et la transmissibilité du germe contage par l'épuration ou l'interdiction de l'usage de certaines eaux, la désinfection des appartements, des effets mobiliers ou d'habillement, l'isolement des malades, etc.

Si nous voulons obtenir que la loi nouvelle soit acceptée et pratiquée, bien qu'elle heurte certains préjugés, il ne faut réclamer son application qu'aux maladies auxquelles peuvent s'appliquer les deux principes ci-dessus. A ce titre, il en est deux qui doivent être supprimées de la liste de la Commission, pour être classées à part. C'est l'ophtalmie des nouveau-nés et l'infection puerpérale.

La transmissibilité de l'ophtalmie des nouveau-nés se fait, faute de soins suffisants, dans les maternités et les asiles d'enfants trouvés, elle ne peut se faire dans la vie ordinaire. Les nouveau nés ne se visitent pas et la maladie ne se transmet que par les linges, les éponges, etc., qui ont servi à un premier malade. Cette affection pourrait donc être retranchée de notre liste, mais il faut parer à un danger.

Une femme est accouchée par une sage-femme à son domicile ou au domicile de la sage-femme; l'enfant prend une ophtalmie purulente que la sage-femme ne peut soigner faute de connaissances suffisantes. Or nous savons que bon nombre de cécités proviennent de cette cause. Il faut que l'enfant puisse être soigné par un médecin si on veut lui sauver les yeux. C'est à titre de protection individuelle du nouveau-né que je demande que la maladie soit classée à part. En effet le médecin, comme le fait observer le rapport, n'a pas à déclarer la maladie puisqu'il est apte à la soigner et qu'elle ne se transmettra pas à d'autres enfants. Je demande donc que la sage-femme seule soit obligée à la déclaration.

L'infection purulente puerpérale (pas plus que l'infection

purulente chirurgicale laquelle ne figure pas sur la liste), ne se transmet point par l'air; elle ne se transmet que par l'intermédiaire de l'accoucheur, de la sage-femme et, dans les maternités, par les linges, les instruments, etc. Dans la vie civile, une femme en couches, ne se trouvant pas en rapport direct avec une autre accouchée, la contagion n'est pas à craindre. L'infection puerpérale devrait être retranchée de la liste.

Mais il faut penser au danger de la transmissibilité de l'affection par l'accoucheur ou la sage-femme. Il n'est pas un médecin qui ne sache aujourd'hui que la maladie est transmissible de son fait; on peut donc être assuré que, dans ces cas, l'accoucheur s'appliquera à lui-même tous les antiseptiques capables de supprimer sur lui les germes contage de l'infection, et si un second malheur lui arrive par insuffisance de désinfection, il cessera pendant quelque temps de faire des accouchements. Nous n'avons pas les mêmes garanties avec les sages-femmes et j'ai apporté à l'Académie l'histoire d'une contamination par sage-femme, s'étant traduite par 7 morts en quelques jours. Il n'y a donc pas d'utilité à maintenir la déclaration obligatoire pour le médecin, il y a nécessité de la maintenir pour les sages-femmes. J'exprime même le vif regret que dans des cas analogues la loi française ne donne pas à l'autorité sanitaire le droit de supprimer pour quelque temps le droit de pratique à l'égard des sages-femmes contaminées. Dans le cas auquel je fais allusion, ce n'est qu'à prix d'argent que nous avons obtenu de la sage-femme qu'elle quittât le pays pour deux mois.

Je propose donc un article 2 ainsi conçu : La déclaration des cas d'ophtalmie des nouveau-nés et d'infection puerpérale est obligatoire pour les sages-femmes.

M. Vallin. — S'il n'y a pas eu de sage-femme à l'accouchement ou si c'est le médecin seul qui constate la maladie.

M. le Président. — Le médecin pourra toujours dire qu'il n'y avait pas infection et se retrancher derrière le secret professionnel ?

M. Charpentier. — La sage-femme aussi.

M. le Président. — Non, si elle est tenue à la déclaration.

— La proposition de disjonction de ces maladies de la liste est *rejetée à la majorité*.

M. Bucquoy. — Je demande qu'on supprime après les mots infections puerpérales, ceux-ci: « quand le secret n'aura pas été réclamé ».

M. Brouardel. — D'autant plus que le médecin reste toujours juge des cas dans lesquels ce secret est indispensable et que l'administration ne peut le révéler.

— La suppression des mots : « quand le secret n'aura pas été réclamé » est adoptée à l'unanimité.

M. le Président : *En conséquence, l'Académie est d'avis que la déclaration obligatoire, prescrite par l'article 15 de la loi du 30 novembre 1892, doit être appliquée aux maladies suivantes :*

Choléra et maladies cholériformes,
Fièvre jaune,
Peste,
Variole et varioloïde,
Scarlatine,
Suette miliaire,
Diphtérie (croup et angine couenneuse),
Fièvre typhoïde,
Typhus exanthématique,
Dysenterie,
Infections puerpérales,
Ophtalmie des nouveau-nés.

REVUE DES JOURNAUX

CONTRIBUTIONS A L'ÉTUDE DE LA FIÈVRE TYPHOIDE

I. — Sur le mécanisme de l'action pathogène de la fièvre typhoide chez les animaux, par le Dr J. Petruschky. (*Zeitschrift für Hygiène und Infectionskrankheiten*, t. XII, fasc. 3.)

II — Constatation du bacterium coli commune dans le pus d'un panaris, chez un sujet atteint de la fièvre typhoide, par le Dr A. Bernheim. (*Centralblatt für Klin. Medicin*, 1893, n° 13.)

III. — Élimination du bacille de la fièvre typhoide par la sueur, par le Dr Heissler. (*Saint-Petersburger Medicin. Wochenschrift*, 1893, n° 19.)

IV. — Transmission de la fièvre typhoide de la mère au fœtus, par le Dr Th. Janiszewski. (*Münchener Medicin. Wochenschrift*, 1893, n° 38.)

I. — M. Petruschky commence par passer en revue les nombreuses opinions qui ont été exprimées sur la question de savoir si les accidents mortels développés chez les animaux, à la suite de l'inoculation du bacille de la fièvre typhoïde, sont l'expression d'une infection ou d'une intoxication. L'auteur, dans le but d'élucider cette question, s'est placé dans des conditions expérimentales spéciales : il a expérimenté sur des souris blanches auxquelles il a inoculé des cultures du bacille de la fièvre typhoïde dans la cavité péritonéale. Dans ces conditions, il faut inoculer des quantités relativement considérables de matière typhique, pour tuer les animaux. Avant d'examiner le sang et les organes de ceux-ci, on liait les vaisseaux qui refluent vers le cœur et on lavait les fragments d'organe avec de l'eau stérilisée, afin de se mettre à l'abri des causes d'erreur pouvant résulter du contact du sang et des organes avec le liquide de la cavité péritonéale, qui tenait forcément en suspension des bacilles de la fièvre typhoïde.

Voici, somme toute, les conclusions tirées par l'auteur des résultats de ses recherches :

Le bacille de la fièvre typhoïde n'exerce point sur les animaux une action pathogène comparable à celle de la bactéridie charbonneuse ou du bacille de la septicémie des souris ; on sait que ces variétés de bactéries inoculées, même à doses très faibles, se multiplient indéfiniment dans le sang et dans les organes de l'animal en expérience.

Par contre il n'est pas à nier qu'en inoculant en quantité suffisante des cultures du bacille de la fièvre typhoïde sous la peau ou dans le péritoine d'un animal on réussit à développer chez celui-ci des accidents mortels.

Il est démontré aussi que le bacille de la fièvre typhoïde est susceptible de végéter activement à la surface de la séreuse abdominale ; on peut aussi inoculer d'un animal à l'autre, des générations successives de ce bacille inoculé dans la cavité péritonéale.

Il n'a jamais été possible de constater une multiplication du bacille de la fièvre typhoïde dans la profondeur des organes. Dans ces conditions, on en est toujours réduit à se demander si le bacille de la fièvre typhoïde fabrique des toxines seulement dans les organes de l'animal auquel on l'inocule, ou s'il en fabrique également dans ses propres cultures, en dehors de l'organisme animal. La rapidité avec laquelle surviennent des symptômes d'intoxication, quand on inocule à un animal des cultures du bacille en question, parle en faveur d'une production de toxines, au sein même des cultures.

II. — Au mois de septembre de l'année 1892 est entré dans le service du prof. Eichhorst, de Zurich, une malade qui présentait les symptômes classiques de la fièvre typhoïde. Quelques jours plus tard, un panaris s'était formé à l'extrémité de l'annulaire du côté droit. On incisa le petit abcès, en s'entourant de toutes les précautions exigibles, et on recueillit environ 2 à 3 cc. de pus. L'examen bactérioscopique a démontré la présence, dans le pus, du bacterium coli commune.

Les recherches bibliographiques faites par l'auteur pour découvrir l'indication de quelque autre cas de panaris ayant donné lieu à une constatation identique n'ont abouti qu'à des résultats négatifs. D'autre part, dans le pus des abcès survenus chez des typhiques et qui ont fait l'objet d'un examen bactérioscopique en règle, on n'a constaté jusqu'ici la présence que des microcoques ordinaires de la suppuration, ou celle du bacille de la fièvre typhoïde. Or, chez le malade en question, le panaris s'était développé à la première période de la fièvre typhoïde, contrairement à ce qui a lieu pour les abcès métastatiques qu'on observe dans le cours de cette maladie. Une question qui se pose dès lors est de savoir si l'agent pathogène auquel était attribuable le développement du panaris ne provenait pas des matières fécales ; la malade, au début de sa fièvre typhoïde, était en proie à une constipation opiniâtre, circonstance favorable à l'immigration des bacilles des matières fécales dans le sang, à travers l'épithélium de l'intestin, altéré du fait du processus typhique.

Incidemment M. Bernheim a rappelé qu'à l'idée d'un certain nombre d'auteurs français, le bacterium coli commune et le bacille, dit de la fièvre typhoïde, sont simon identiques, du moins des variantes d'une seule et même espèce bactérienne.

III. — On avait administré à des malades atteints de la fièvre typhoïde 60 centigrammes de phénacétine ; là-dessus défervescence et sueurs abondantes. Après une désinfection très minutieuse d'une certaine région de la peau, on recueillit à ce niveau une gouttelette de sueur, en s'entourant de toutes les précautions nécessaires pour rendre cette petite manipulation aseptique. La sueur a été ensuite ensemencée dans de la gélatine, dans le but de rechercher la présence éventuelle du bacille de la fièvre typhoïde dans le produit de la sécrétion sudorale.

Cette recherche a été faite chez trois malades ; une seule fois elle a abouti à un résultat positif.

IV. — M. Janiszewski relate l'observation d'une femme de 35 ans, qui a contracté la fièvre typhoïde au huitième mois d'une grossesse. Le diagnostic avait été corroboré par les résultats de l'examen bactérioscopique des matières fécales.

Le douzième jour après son entrée à l'hôpital (environ le vingtième jour de la maladie), cette femme accoucha spontanément et sans difficulté d'un enfant du sexe masculin, dont l'âge correspondait bien à la durée présumée de la grossesse. L'enfant succomba cinq jours après sa naissance.

A l'autopsie, on ne trouva rien d'anormal à première vue, sauf une augmentation de volume de la rate. Par contre, l'examen bactérioscopique de fragments de poumon, de rate, de rein, d'intestin a fait constater la présence, dans ces organes, de bacilles qui réalisaient les caractères morphologiques du bacille de la fièvre typhoïde. De même, les ensemencements faits avec des particules des mêmes organes ont fait éclore des colonies qui présentaient tous les caractères bactériologiques des colonies de ce même bacille.

Cette observation vient donc s'ajouter au petit nombre de celles qui, jusqu'ici, démontrent la transmission possible de l'infection typhique de l'organisme maternel au fœtus, par la voie de la circulation placentaire.

(A suivre.) E. Ricklin.

QUESTIONS D'ACTUALITÉ

— M. Rendu a fait l'autre jour, devant la Société médicale des hôpitaux, une communication intéressante relative à un cas de tuberculose péritonéale guérie par des injections de naphtol camphré. Bien qu'il s'agisse d'un fait isolé, on doit s'y arrêter, parce que ce fait soulève à nouveau la question déjà si souvent discutée de la curabilité des péritonites. Le résultat brillant que M. Rendu a retiré du traitement constitue évidemment un argument favorable à cette notion de curabilité : c'est un document qui vient s'ajouter à ceux que nous possédions déjà et qui plaidaient dans le même sens. Il est certain que le découragement, la désespérance, si souvent de mise quand il s'agit de la phtisie pulmonaire, cessent d'être applicables aux autres localisations viscérales de la maladie bacillaire, en particulier à celles qui frappent la grande séreuse abdominale. Les médecins vieillis dans la pratique ont leur opinion faite sur ce point : il n'en est guère parmi eux qui n'aient rencontré de ces cas de guérison survenus après intervention thérapeutique, ou même sans l'intermédiaire de celle-ci. La difficulté consiste à déterminer les lois qui président ici au mécanisme de la guérison, à savoir distinguer les formes qui tendent plus ou moins spontanément à une évolution favorable. Malheureusement, nos connaissances sur ce point sont encore peu avancées, et d'ici longtemps nous devrons sans doute nous contenter de la constatation du fait, faute de théorie définitivement satisfaisante à formuler. En ce qui concerne l'intervention médicale, le choix du mode de traitement a-t-il quelque importance ? Après la communication de M. Rendu, on serait tenté de répondre affirmativement, puisque l'auteur n'a pas hésité à mettre l'amélioration de sa malade sur le compte des injections intra-péritonéales, sur l'action microbicide du naphtol camphré choisi à cet effet. Mais les contradicteurs qui ont pris la parole à ce sujet ont rappelé avec raison que des résultats tout à fait comparables ont été obtenus par l'emploi de moyens très différents, voire à la suite de pratiques très banales, comme les applications topiques si usitées de teinture d'iode, de vésicatoires, de collodion. On ne saurait donc imputer au choix du naphtol camphré une action élective et pour ainsi dire spécifique sur les granulations tuberculeuses qui représentent le substratum et la lésion fondamentale de la maladie. Tout

ce que l'on peut dire, dans l'état présent de nos connaissances, c'est que cette lésion est susceptible d'être influencée favorablement par l'intervention locale. Mais nous ne savons rien du mode d'action de celle-ci, pas plus que nous ne pouvons pénétrer celui de la laparotomie, cette grave opération qui a produit parfois d'excellents résultats vis-à-vis de la péritonite tuberculeuse. Aucune autre conclusion n'est autorisée ou permise dans l'état actuel de la science.

— Cette grande question de la curabilité de la phtisie n'a pas cessé de passionner les esprits, et chaque jour elle inspire de nouvelles recherches dictées par la louable préoccupation de tirer parti des données que l'observation et l'expérience peuvent fournir dans cet ordre d'idées. Nous pourrions citer, à ce sujet l'important mémoire que notre distingué confrère, M. le Dr Revilliod, vient de publier dans la *Revue médicale de la Suisse Romande*. Ce mémoire serait à lire en entier si on voulait se bien pénétrer des idées personnelles de l'auteur sur la manière de concevoir les modes de guérison de la tuberculose et les conditions qui la préparent. On verrait que, dans sa pensée, le terrain prime la graine, et que l'organisme peut acquérir vis-à-vis de celle-ci une véritable immunité par suite de certaines circonstances qui peuvent être d'ordre hygiénique, pathologique ou thérapeutique. Il y aurait un intérêt majeur à déterminer exactement les conditions de la curabilité spontanée, car c'est vraiment là un des grands desiderata de la science contemporaine. Néanmoins nous sommes déjà fixés sur quelques-unes, et nous savons notamment que certaines maladies locales, comme l'emphysème, la sclérose pulmonaire, le pneumothorax, constituent des obstacles réels à la germination et à l'extension des produits d'origine bacillaire. Mais ce n'est là qu'une partie du programme à remplir, et il y a des conditions d'ordre plus général, comme la profession, le genre de vie, l'influence héréditaire, qui peuvent revendiquer un rôle peut-être supérieur, et que nous aurions en tous cas le plus grand intérêt à pénétrer et à bien connaître. Mais la solution de cette partie du problème, la plus difficile, ne peut être fournie que par une enquête patiente et habilement conduite, à l'achèvement de laquelle les médecins de tous pays devraient concourir dans la mesure de leurs moyens d'observation respectifs. C'est assez dire qu'elle se fera attendre et que nous devrons encore longtemps nous contenter, en matière de prophylaxie, de ces notions un peu vagues et légèrement entachées d'empirisme qui contrastent de plus en plus avec le besoin de précision de la science contemporaine.

— Non moins que la question de curabilité, celle de l'influence de l'hérédité mérite de fixer l'attention des théoriciens de la médecine, de tous ceux que préoccupent les grands problèmes d'influence nosologique et d'étiologie. Dans cet ordre d'idées, on a dernièrement institué certaines recherches expérimentales qui paraissent propres à jeter quelque clarté sur un sujet encore obscur par bien des points. On a essayé, entre autres, de déterminer le mécanisme et le degré de la transmissibilité de la mère au fœtus, question qui confine de fort près à celle de l'hérédité. Un interne des hôpitaux, M. Londe, a repris ce sujet, et a pratiqué des inoculations qui ont fourni quelques résultats précis, sinon tout à fait démonstratifs et probants. Il a reconnu, en particulier, que l'intensité de la tuberculose inoculée paraît être en rapport avec la gravité de la maladie chez la mère. D'un autre côté, il a cru voir que le placenta joue, dans une certaine mesure, le rôle d'un filtre, d'une sorte d'organe d'arrêt vis-à-vis du bacille. Cette dernière remarque serait peut-être en faveur de l'opinion qui veut que la tuberculose congénitale soit le résultat d'une lésion, ou tout au moins d'une localisation placentaire, celle-ci pouvant d'ailleurs exister sans que le fœtus soit contaminé, exception qui s'expliquerait par la non réceptivité de ce dernier, suivant une remarque depuis longtemps reconnue vraie pour l'adulte. Toujours est-il qu'il y a là des recherches extrêmement intéressantes, au bout desquelles, si on les continue, il est permis d'entrevoir des découvertes de première importance. Nous serons pour une bonne part redevables de ces acquisitions nouvelles à la méthode des inoculations, que M. Verneuil a préconisée avec tant de conviction, et qui se présente avec une rigueur scientifique suffisante, comparable à celle des autres méthodes d'information biologique les plus vantées.

P. M.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris.

Par arrêté du 19 octobre, M. Brissaud, agrégé est chargé, pour l'année scolaire 1893-1894, d'un cours de clinique des maladies du système nerveux.

— Par arrêté en date du 6 octobre, M. Ricard, agrégé des Facultés de médecine, est chargé, pour l'année scolaire 1893-1894, d'un cours de pathologie chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris.

Facultés et écoles des départements.

Faculté de médecine et de pharmacie de Lille. — Par arrêté en date du 9 octobre, M. Fromont (Eugène), bachelier ès sciences, est nommé, à partir du 1er novembre 1893 aide-préparateur des travaux pratiques de chimie à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille en remplacement de M. Puvion, démissionnaire.

Faculté de médecine de Montpellier. — Par arrêté en date du 19 octobre, M Moitessier, agrégé, est maintenu pour l'année scolaire 1893-1894, dans les fonctions de chef des travaux chimiques.

— M. le Dr Péan reprendra ses leçons de clinique chirurgicale et ses opérations, à l'Hôpital international, rue de la Santé, n° 11, le samedi 28 octobre 1893, de neuf heures et demie à midi, et les continuera les samedis suivants, à la même heure.

Bulletin hebdomadaire de Statistique municipale.

DÉCÈS NOTIFIÉS DU 22 AU 28 OCTOBRE 1893.

Fièvre typh., 7.— Typhus, 0.—Variole, 4.—Rougeole, 5.— Scarlatine, 1. — Coqueluche, 2.— Diphtérie, croup, 18.— Grippe, 0. — Affections cholériformes, 0. — Phtisie pulmonaire, 187. — Méningite tuberculeuse, 16. — Autres tuberculoses, 12. — Tumeurs cancéreuses et autres, 47. — Méningite, 18 — Congestion et hémorrhagie cérébrale, 39 — Paralysie, 6. — Ramollissement cérébral, 9. — Maladies organiques du cœur, 66. — Bronchite aiguë et chronique, 29. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 49. — Autres affections de l'appareil respiratoire, 37. — Gastro-entérite des enfants : sein, biberon et autres, 40. — Fièvre et péritonite puerpérales, 1. — Autres affections puerpérales, 4. — Débilité congénitale, 34. —Sénilité, 28. — Suicides, 24. — Autres morts violentes, 17. — Autres causes de mort, 125. — Causes inconnues, 5. — Total : 830.

Le Rédacteur en chef et Gérant : F. DE RANSE.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame. — Téléphone.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Rédacteur en chef : M. le Dr F. DE RANSE

Comité de Rédaction : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN
J. ARNOULD (de Lille), P. FABRE (de Commentry), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon)

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, avenue Montaigne (Rond-Point des Champs-Élysées

CLINIQUE CHIRURGICALE

STATISTIQUE ET OBSERVATIONS DE CHIRURGIE HOSPITALIÈRE

Par le Dr POLAILLON,
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu, professeur agrégé à la Faculté,
Membre de l'Académie de médecine.

(Suite) (1).

Affections organiques.

VIII. — *Hygromas de la bourse prérotulienne et des bourses adjacentes.*

119 cas.

103 hommes	60 opérés,	59 guéris	0 amél.	1 mort.
	43 non op.	35	8	0 mort.
16 femmes	9 opérées	9 guéries,	0	0 mort.
	7 non op.	6	1	0 mort.

Presque tous ces hygrômas ont, pour siège la bourse prérotulienne.

Les dimensions de cette bourse augmentant avec l'âge, les hygromas prérotuliens sont plus fréquents dans l'âge mûr que dans la jeunesse :

Avant 25 ans, j'ai compté. . .	27 hygromas prérotuliens
de 26 à 45 ans.	60 —
de 46 à 65 ans.	29 —
au-dessus de 66 ans . . .	3 —

Les professions de parqueteur, de couvreur, de maçon, de tonnelier, ainsi que les métiers qui obligent à s'appuyer sur les genoux, en ont offert les plus nombreux exemples.

Le genou gauche m'a paru un peu plus souvent affecté que le droit (47 hygromas à gauche, 44 à droite, 1 fois aux deux genoux.

Indépendamment de la prédisposition amenée par l'âge et la profession, la cause occasionnelle de l'hygrôma a toujours été une contusion par chute, chocs ou pressions répétées. J'ai vu un hygrôma chez deux amputés de la jambe par la pression du genou sur le pilon.

Exceptionnellement (5 fois sur 119 cas), l'hygrôma avait pour siège, 4 fois la bourse de la tubérosité antérieure du tibia ou de la face antérieure du ligament rotulien (ob. 123) et 1 fois une bourse accidentelle située au-dessus de la rotule, au-devant du tendon rotulien, au lieu d'avoir pour siège la bourse prérotulienne elle-même.

Les deux formes de l'hygrôma, *sans suppuration* ou *avec suppuration*, se sont présentées dans la proportion de 54 à 62. Dans 3 cas l'existence de la suppuration n'a pas été déterminée.

Les 54 *hygrômas non suppurés* ont offert trois variétés : les *hygrômas simples aigus* ou *subaigus* avec épanchement séreux ou séro-sanguin, les *hygrômas chroniques* avec épaississement celluleux de la paroi, et les *hygrômas avec transformation de la paroi en une coque épaisse fibreuse*, qui contient souvent, dans sa cavité, des corps étrangers, libres ou pédiculés, analogues aux corps étrangers articulaires.

Les 62 *hygrômas suppurés* ont aussi présenté plusieurs variétés : 1° l'*abcès hygrômateux* (au nombre de 46), c'est-à-dire l'inflammation suppurative ayant envahi soit un hygrôma aigu, soit un hygrôma chronique aux parois épaissies. Cette variété s'est souvent compliquée d'angéioleucite, et d'inflammation diffuse autour du genou et quelquefois de fusées purulentes; 2° l'*hygrôma anthracoïde* (au nombre de 9) caractérisé par la mortification d'une petite portion de la poche séreuse et la formation d'une eschare analogue au bourbillon de l'anthrax; 3° l'*hygrôma fistuleux*, (au nombre de 5), l'abcès s'étant ouvert spontanément et le pus formé dans une cavité à parois rigides continuant à s'écouler par un ou plusieurs orifices fistuleux; 4° enfin l'*hygrôma fongueux* (au nombre de 2), hygroma dont la cavité est remplie par des fongosités, qui sont probablement de nature tuberculeuse.

Les hygrômas aigus, subaigus ou chroniques, sans suppuration et sans épaississement considérable de la paroi, peuvent se guérir et se guérissent très bien par le repos, par les applications résolutives, quelquefois par les révulsifs, et surtout par la compression ouatée, 50 malades ont été traités par ces moyens, 41 ont été guéris, 9 améliorés, 1 fois seulement j'ai évacué le contenu de l'hygrôma par une ponction simple. La durée moyenne de leur séjour à l'hôpital a été de huit jours.

Mais lorsque l'hygroma est suppuré, il faut l'ouvrir comme un abcès par une ou plusieurs incisions. J'ai presque complètement renoncé à l'incision cruciale, qui est classique, pour faire soit une incision longitudinale sur la face antérieure du genou, soit une incision semi-lunaire embrassant le côté interne ou le côté externe de la rotule. La cavité de l'hygroma est ensuite nettoyée et lavée comme celle d'un abcès. Lorsque la cavité était fongueuse, irré-

(1) Voir *Gazette médicale*, n° 44, 1893.

gulière, épaissie, recouverte de couche de fibrine ou de fausses membranes, je complétais l'opération par un curettage. Puis l'incision était suturée, drainée et pansée. J'ai obtenu très souvent la réunion immédiate.

53 incisions ont été pratiquées, 51 fois pour des hygrômas suppurés, 2 fois pour des épanchements séro-sanguins. La durée moyenne du séjour à l'hôpital a été, dans ces cas, de vingt-deux jours.

Il est arrivé 15 fois que j'ai dû enlever par la dissection, comme s'il se fût agi d'une tumeur, des hygrômas prérotuliens dont les parois épaissies ne pouvaient s'accoler après une simple incision. Ces opérations, assez importantes, ont habituellement donné une réunion par première intention. Les opérés ont séjourné à l'hôpital trente jours en moyenne.

La mortalité aurait été nulle, si un malade n'avait succombé accidentellement à une broncho-pneumonie (observation 127.)

OBS. 127. — Le nommé B... (Constant), âgé de 60 ans, est entré à la Pitié, en 1881, pour un hygrôma suppuré du genou gauche. Cet hygrôma fut incisé, lavé avec une solution phéniquée et pansé avec des compresses humides phéniquées. Pendant le cours de son traitement, le malade eut, d'abord, un érysipèle spontané de la face. Il contracta ensuite une broncho-pneumonie, et mourut vingt-trois jours après son entrée.

OBS. 128. — *Hygrôma d'une bourse séreuse professionnelle développée au-devant du ligament rotulien, ablation, guérison.* — Le nommé S... (Pierre), âgé de 25 ans, exerçant la profession de corroyeur, entre le 27 janvier 1891 à l'hôpital de la Pitié.

Depuis l'âge de huit ans, il travaille dans le cuir. Sur dix heures de travail journalier, il en reste huit à genou. Aussi depuis longtemps avait-il aux deux genoux des durillons. Jamais pourtant il n'avait eu d'accidents inflammatoires.

Vers la fin d'octobre 1880, en sortant le matin pour aller à son ouvrage, il se heurta contre une pierre et tomba sur le genou droit. Il ressentit immédiatement une douleur assez vive, qui disparut très rapidement après l'accident. Quinze jours après environ, le malade s'aperçut que son genou grossissait. Une tumeur du volume d'une petite noix siégait à sa partie antérieure, n'occasionnant pas de douleurs. Toutefois il y avait une certaine sensation pénible, lorsque le malade s'agenouillait pour vaquer à ses occupations habituelles.

Vers le milieu de décembre dernier, la tumeur, qui jusque-là était resté stationnaire, se développa de nouveau, augmentant continuellement jusqu'au moment où le malade fut opéré. Toujours pas de douleur, pas de gêne dans les mouvements, si ce n'est toutefois pendant le travail.

On constate, au-devant du genou droit, une tumeur du volume d'une mandarine. Cette tumeur occupe la face antérieure du ligament rotulien. Elle est parfaitement limitée. Elle est indolore à la pression, non transparente dans toute son étendue. Elle ne gêne nullement les mouvements de l'articulation fémoro-tibiale, aussi le malade peut-il se servir facilement de son membre inférieur. M. Polaillon fait remarquer que ce n'est pas un hygrôma prérotulien, mais un hygrôma d'une bourse professionnelle située au-dessous de la bourse normale de la rotule, au-devant du ligament rotulien.

Le 1er février. Le malade est chloroformé. Une incision longitudinale de la peau et du tissu cellulaire est faite au-devant de la tumeur. Celle-ci, mise à nu, est disséquée avec assez de facilité, et extirpée dans sa totalité. Pendant l'opération écoulement d'une assez grande quantité de sang. Cette hémorrhagie de nature veineuse vient de la section de veines variqueuses contenues dans le tissu épaissi, lardacé, qui avoisine les parois du kyste.

La plaie étant complètement détergée de sang, on place cinq points de suture et un pansement de Lister.

Après l'opération le malade commence à sentir de la douleur qui augmente jusqu'au soir et qui l'empêche de dormir pendant la nuit. Cette douleur siège surtout à la cuisse, et s'irradie un peu vers le mollet. Vers minuit, le malade s'aperçoit qu'il a, au pli de l'aine, un petit ganglion qui glisse sous le doigt, ganglion qui devient rapidement gros comme une noisette.

Le 2. Le malade souffre moins. Pas d'appétit.

Le 3. Le malade va bien. Appétit. Diminution du ganglion. Pansement de Lister.

Le 5. Suppuration assez abondante, fièvre, inappétence, le ganglion est douloureux. Pansement de Lister.

Le 7. La suppuration continuant, les pansements de Lister deviennent journaliers. L'état général est bon ; presque plus de fièvre.

Le 17. En faisant le pansement, on constate à la partie interne du genou une rougeur lymphangitique et à la pression en ce point on fait sourdre une certaine quantité de pus.

Le 22. Le malade commence à lever facilement la jambe, mouvement qu'il ne pouvait faire qu'avec douleur les jours précédents.

Le 24. La suppuration est presque terminée. La lymphangite est guérie. La plaie va très bien, aussi supprime-t-on la gouttière qui jusqu'alors servait à immobiliser la jambe.

Le 28. Le malade commence à se lever.

Le 8 mars. La plaie est très étroite. Elle présente des bourgeons exubérants qui sont réprimés par une cautérisation au nitrate d'argent, cautérisation qui est encore répétée deux ou trois fois avant la sortie du malade.

Le 22. Le malade guéri part à Vincennes.

Examen macroscopique. A l'incision de l'hygrôma, s'écoule un liquide rouge comme du sang un peu dilué, non filant, qui ne s'est pas coagulé ultérieurement. Puis on voit des dépôts fibrineux adhérents aux parois et, en ces points, on trouve des ecchymoses superficielles. Les parois sont épaisses, de consistance et d'apparence fibreuse.

Examen histologique. Dans le liquide on trouve des globules rouges de sang, non altérés, empilés en très grand nombre, et quelques globules blancs à peu près dans la même proportion que dans le sang normal. Pas d'autres éléments figurés. Le sérum est plus abondant que dans le sang des vaisseaux.

Un lambeau de la paroi interne, arraché avec une pince, présente un endothélium continu à cellules irrégulières, tout à fait semblable à celui de la séreuse articulaire.

Des coupes perpendiculaires à la paroi, faites au rasoir, montrent que la paroi se compose d'une série de couches conjonctives très denses, avec des cellules rares et grosses (comme dans le tissu fibreux en voie de calcification), et de couches de tissu conjonctif peu dense, embryonnaire, à cellules très nombreuses avec des vaisseaux de néo-formation. Cette disposition n'est pourtant pas absolument régulière. La couche la plus superficielle est la plus dense. Elle a l'aspect d'un fibro-cartilage, mais on ne peut y reconnaître nettement des capsules à double contour. C'est un tissu fibreux très dense

en voie de calcification. A sa surface on distingue une ligne brunâtre constituée, non par l'épithélium (celui-ci est tombé), mais par un dépôt de fibrine au-dessous duquel se voient de minces petits amas de sang extravasé en voie d'altération.

IX. — *Synovites des gaines tendineuses de la patte d'oie.*

4 cas { 2 hommes, 1 guéri, 1 amélioré.
2 femmes, 1 — 1 —

Il faut remarquer combien ces synovites ont été rares. Deux fois elles affectaient la forme aiguë, et ont été guéries par le repos et des révulsions sur la peau. Deux fois elles étaient chroniques et ont été seulement améliorées par le séjour à l'hôpital.

La cause de ces synovites m'a paru être les fatigues de la marche et de la station debout chez des rhumatisants.

Elles peuvent prêter à des erreurs de diagnostic; et il faut être prévenu de leur existence pour ne pas les confondre avec une ostéite de la tubérosité interne du tibia ou avec une arthrite du genou.

X. — *Kystes synoviaux. Kyste du creux poplité.*

12 cas.

10 hommes	5 opérés,	4 guéris;	1 amélioré.	
	5 non opérés,	0 —	5	—
2 femmes	1 opérée,	1 guérie,	0 améliorée.	
	1 non opérée,	0 —	1	—

Les kystes synoviaux du genou peuvent siéger sur toutes les gaines des tendons qui avoisinent cette articulation. Mais ils sont surtout fréquents au creux poplité. Pour 10 kystes du creux poplité, je n'ai observé que 2 kystes en debors de cette région.

Les premiers occupaient le bord interne ou le bord externe du creux poplité, et avaient pour point de départ, soit la synoviale du tendon d'insertion de l'un des jumeaux, soit une des petits bourses muqueuses interposées entre ces tendons et les tendons des muscles voisins. Dans 2 cas, ces kystes étaient réductibles, c'est-à-dire communiquaient avec la grande synoviale du genou. Dans 3 cas, ils se compliquaient d'une affection articulaire, hydarthrose ou arthrite sèche.

L'âge moyen des sujets affectés de kystes poplités est de plus de 41 ans.

Chez 6 malades, le kyste poplité n'occasionnait qu'une gêne très passagère dans les fonctions du genou, et il n'y a pas eu lieu de les opérer. Je ne suis intervenu que chez 4 malades : une fois par la ponction simple chez un vieillard de 80 ans (amélioration) ; une fois par la ponction suivie du lavage de la poche avec la solution phéniquée forte (guérison, mais avec induration consécutive), deux fois par la dissection et l'ablation du kyste (2 guérisons par réunion immédiate).

Les 2 kystes extra-poplités siégeaient, l'un au-dessous du tendon du couturier (obs. 129), l'autre à l'insertion du biceps à la tête du péroné. Ils furent enlevés tous les deux par la dissection (2 guérisons, avec un peu de suppuration chez l'un des opérés).

Obs. 129. — *Kyste synovial à l'insertion inférieure du couturier.* — Le nommé Jean-Baptiste S..., âgé de 49 ans, mécanicien entre à la Pitié le 30 mars 1882.

Il y a quatre mois, cet homme a vu se développer à la partie supérieure et interne de la jambe, sans cause appréciable, sans traumatisme ni fatigue, une petite tumeur qui, depuis ce temps, a grossi peu à peu et est arrivée à l'état suivant :

Tumeur située à la partie interne du genou, au niveau des tendons qui concourent à la formation de la patte d'oie. Cette tumeur a le volume d'une noix, une forme légèrement ovoïde, une surface lisse, une consistance rénitente. Elle est légèrement fluctuante, indolente spontanément et à la pression. La marche est un peu gênée. La jambe de ce côté est un peu plus faible que l'autre, et les mouvements de flexion sont un peu douloureux.

Cette tumeur est indépendante de la peau, qui glisse aisément sur elle, et ne présente aucune altération. Elle est un peu mobile sur les parties profondes. En faisant alternativement fléchir et étendre la jambe, on constate qu'elle suit les mouvements des tendons de la patte d'oie. Quand on fait contracter le muscle couturier, on voit manifestement que le tendon de ce muscle passe au-dessus de la petite tumeur.

Le diagnostic est : Kyste synovial paratendineux.

Le jour de l'entrée : incision de quatre centimètres environ au niveau de la tumeur, qui est détachée assez facilement des tendons avoisinants en avant et sur les côtés, mais qui est adhérente en arrière où on la dissèque avec des ciseaux.

Réunion de la plaie par 3 points de suture ; pansement de Lister.

Examen macroscopique. — Tumeur transparente, rappelant, par son aspect, la vessie natatoire d'un poisson ; présentant une surface libre, arrondie et lisse dans presque toute son étendue. Vers la partie médiane, on voit quelques sillons et bosselures très peu accusés. Sa face adhérente, aplatie, offre des traces de fibres musculaires et de fibres tendineuses.

Le 31 mars. A peine un léger mouvement fébrile le soir de l'opération, 37°,8. Le pansement est renouvelé ; deux points de suture sont enlevés.

Le 5 avril. Pansement. Le dernier point de suture est enlevé.

Le 8. Le malade commence à marcher.

Le 10. Il quitte l'hôpital. La plaie s'est réunie par première intention.

XI. — *Périarthrites.*

5 cas.

5 hommes	4 opérés,	3 guéris, 1 non guéri,	0 mort.
	1 non opéré,	1 — 0 —	

Affection peu commune, dans laquelle l'inflammation et les fongosités se produisent en dehors de la cavité articulaire qui reste indemne et sans épanchement.

Il faut quelquefois beaucoup d'attention pour distinguer cette affection de la tumeur blanche véritable.

Je n'ai observé les périarthrites du genou qu'à l'état de suppuration. Dans mes 5 cas, la suppuration s'était frayé une voie à travers une ou plusieurs fistules, et 3 fois des fongosités abondantes venaient faire saillie par ces fistules (obs. 130.)

Le traitement a consisté à découvrir les foyers par des incisions, à enlever avec la curette tranchante toutes les fongosités, et à laver exactement avec un jet d'eau

phéniquée toutes les cavités et tous les décollements périarticulaires.

Les 5 malades ont guéri. Mais, chez l'un d'eux, la guérison n'a duré que quelques mois, au bout desquels l'inflammation s'est reproduite au niveau de la rotule et dans la cavité articulaire (obs. 131).

OBS. 130. — *Périarthrite fongueuse du genou; curettage des fongosités; guérison.* — Le nommé Julien J..., journalier, âgé de 30 ans, entré à la Pitié le 23 mars 1883.

Ses parents sont morts jeunes. Le malade ignore dans quelles conditions, et ne peut donner des détails sur leur santé.

Tous les hivers il est sujet à s'enrhumer, à tousser, mais il n'a jamais craché le sang. Il a eu trois blennorrhagies. La dernière il y a trois ans.

Vers le 15 janvier dernier, le malade s'aperçut d'une petite grosseur siégeant à la partie externe du genou, au-dessus de la tête du péroné. Cette tumeur était peu douloureuse à la pression, et indolente spontanément. La marche n'en était nullement gênée. La peau avait conservée son aspect normal.

On y appliqua de la teinture d'iode et un vésicatoire, mais la tumeur continua à augmenter.

Vers le 15 mai, la tumeur s'ouvrit par un petit orifice qui resta fistuleux et d'où s'écoulait une matière grumeleuse. En même temps des douleurs apparurent.

A son entrée dans le service, on constate, à la région externe du genou gauche, empiétant sur la jambe et un peu sur la cuisse, une tuméfaction qui occupe une assez grande étendue. Cette tuméfaction, en forme de plaque, est d'une couleur rouge d'autant plus foncée qu'on se rapproche de la partie centrale, où existe un orifice, de la largeur d'une pièce d'un franc, dont les bords sont coupés à pic et décollés.

Le fond de l'ulcération est grisâtre. Par la pression on fait sortir une matière séro-purulente, mêlée de fongosités qui se détachent par la pression. On est étonné de la grande quantité de pus qui sort par l'ulcération. Le stylet montre qu'il y a un décollement énorme. L'abcès fongueux siège entre la peau et les tissus ligamenteux et aponévrotiques du genou.

M. Polaillon diagnostique une périarthrite fongueuse probablement de nature tuberculeuse.

Le 27 mars. Le malade est endormi par le chloroforme. Avec une curette tranchante. M. Polaillon gratte l'abcès et enlève tout ce qu'il y a de fongosités. Pour se donner plus de jour pendant ce curettage, il fait deux incisions sur les limites du décollement. Le foyer est abondamment lavé avec un courant d'eau phéniquée à 5 p. 100. Puis, les incisons sont suturées, en laissant un drain à la partie inférieure. Pansement de Lister, recouvert d'un bandage ouaté compressif.

Le 30. Pansement. Le malade va bien. Pas de symptômes généraux. On enlève le drain.

Le 3 avril. On enlève les sutures métalliques. Le malade va bien. Le pansement phéniqué ayant donné lieu à de l'érythème cutané, on est obligé de le remplacer par un pansement boriqué. Les parois de l'abcès se sont recollées dans les parties profondes.

Le 17. Il ne reste plus que deux petites ulcérations bourgeonnantes de la largeur d'un franc.

Le 22 mai. Le malade est guéri et part pour l'asile de Vincennes.

OBS. 131. — *Périarthrite fongueuse; curettage des fongosités; guérison momentanée; nécrose partielle de la rotule; production des fongosités intra-articulaires; arthrotomie; guérison par ankylose.* — Le nommé F... (Prosper), âgé de 36 ans, exerçant la profession de gantier, entre à la Pitié, le 19 octobre 1883, salle Broca, lit n° 4.

Il porte un abcès fongueux périarticulaire, décollant la peau autour du genou droit et s'accompagnant de plusieurs fistules. La cavité articulaire est saine, sans épanchement, et les mouvements sont libres.

Le 3 novembre, chloroformisation. Incisions, en dedans et en dehors du genou, passant par les fistules. Curettage des fongosités aussi complet que possible. Lavage phéniqué. Drainage. Pansement de Lister, d'abord; puis pansements à la gaze iodoformée. Immobilisation du genou dans un appareil silicaté.

Prosper F... sort guéri le 24 juin 1884 pour aller à l'asile de convalescence de Vincennes.

Il rentre à la Pitié le 23 septembre. Sa maladie a changé d'aspect. Il ne s'agit plus d'une périarthrite, mais d'une ostéite suppurée de la rotule et de fongosités ayant envahi le cul-de-sac supérieur de la capsule articulaire. J'ai affaire maintenant à une tumeur blanche, qui a succédé à la périarthrite.

Le 30 octobre. Le patient est endormi par le chloroforme. Incision du cul-de-sac supérieur. Ablation d'un portion nécrosée de la rotule. Curettage des fongosités intra-articulaires. Lavages phéniqués. Pansement de Lister et immobilisation dans une gouttière.

Peu à peu, la suppuration articulaire diminue, puis se tarit.

Le 3 février 1885, les plaies sont guéries. Le genou est en voie d'ankylose. L'opéré va à Vincennes avec un appareil silicaté entourant et protégeant son genou.

Prosper F... est revenu à la Pitié, en mars 1886 et en mars 1889. La guérison s'est maintenue. Le patient se sert de son membre sans la moindre difficulté; mais le genou est ankylosé en bonne position, c'est-à-dire dans l'extension. L'ankylose est fibreuse.

XII. — *Hydarthroses.*

83 cas.

71 hommes,	4 opérés, / 67 non opérés,	4 guéris / 67 guéris	0 mort.
12 femmes,	2 opérées, / 10 non opérées,	2 guéries / 10 guéries	0 mort.

Ces 83 cas comprennent les épanchements synoviaux chroniques, indolents, qui surviennent plus ou moins lentement, soit après un traumatisme du genou, soit après l'impression du froid chez les rhumatisents, ou sous l'influence d'une uréthrite blennorrhagique. Les hydarthroses traumatiques et rhumatismales ont été de beaucoup les plus fréquentes. Nous n'avons observé que 3 hydarthroses blennorrhagiques.

Il est souvent fort difficile d'établir la distinction entre l'hydarthrose, d'une part, et, d'autre part, l'épanchement séro-sanguin traumatique, l'arthrite subaiguë ou l'arthrite sèche; d'autant plus que l'hydarthrose est quelquefois un état intermédiaire entre l'épanchement traumatique du genou et l'arthrite. Il n'est pas rare de voir l'hydarthrose se transformer en une tumeur blanche.

Nous nous sommes efforcé de classer ces affections articulaires le plus exactement possible.

Comme traitement, nous faisions faire des révulsions avec la teinture d'iode ou avec un vésicatoire, nous prescrivions des frictions mercurielles; surtout nous appliquions la compression ouatée ou la compression avec la bande de caoutchouc; et lorsque l'épanchement, étant résorbé, avait tendance à faire retour, nous immobilisions le membre, pendant quelques semaines, dans un appareil silicaté.

Ce traitement médical nous a donné d'assez bons résultats pour que nous n'ayons eu recours que 6 fois à la ponction articulaire.

La durée moyenne du séjour à l'hôpital pour les malades traités par les moyens médicaux a été de dix-huit jours :

24 malades affect.	d'hydarthrose	ont séj.	moins de 10 jours.
26	—	—	de 10 à 20 —
12	—	—	de 21 à 30 —
12	—	—	au-delà de 31 —

Les 6 malades, qui ont été ponctionnés, ont séjourné à l'hôpital cinquante jours en moyenne.

Chez un de ces malades, l'épanchement étant devenu purulent, j'ai pratiqué une nouvelle ponction. Après avoir évacué le liquide, j'ai lavé l'articulation avec une solution phéniquée à 5 pour 100, et j'ai immobilisé le membre dans un appareil silicaté compressif. L'opéré a été guéri en soixante-cinq jours.

XIII. — *Arthrites.*

155 cas.

73 hommes,	6 opérés,	4 guéris,		2 morts.
	67 non opérés,	67 guéris	on amél.	0 mort.
82 femmes,	5 opérées,	4 guéries,		1 mort.
	77 non opér.,	77 guéries	on amél.	0 mort.

Les arthrites rhumatismales ont été au nombre de	83
Les arthrites traumatiques — —	32
Les arthrites blennorrhagiques — —	29
Les arthrites scrofuleuses — —	4
Les arthrites puerpérales — —	4
Les arthrites syphilitiques — —	3
Les arthrites infectieuses — —	2
Les arthrites de croissance — —	1

Le genou droit a été 57 fois le siège de l'arthrite, le genou gauche 75 fois, les deux genoux 8 fois. Dans 14 cas, le côté n'a pas été indiqué.

Les arthrites ont été très fréquentes à l'âge de 21 à 30 ans (52 cas) et à l'âge de 31 à 40 ans (44 cas). Elles ont été un peu moins fréquentes avant 20 ans (34 cas). Après 40 ans, elles ont été relativement rares (24 cas.)

24 arthrites affectèrent la forme aiguë ou suraiguë, et furent très douloureuses. Parmi elles, 5 suppurèrent. Dans 1 de ces cas, la suppuration produisit un abcès périarticulaire; dans les 4 autres cas, la suppuration fut intra-articulaire.

15 arthrites ne furent que subaiguës.

Toutes les autres arthrites étaient plus ou moins indolentes, et eurent une marche chronique.

Les arthrites avec épanchement intra-articulaire m'ont semblé plus nombreuses que les arthrites plastiques sans épanchement.

Assez rarement, 7 fois seulement, l'arthrite du genou s'est compliquée d'une autre arthrite, au pied, au poignet ou à la hanche.

La base du traitement a été les révulsions autour du genou et l'immobilisation du membre inférieur. Dans quelques cas d'arthrite aiguë, j'ai employé avec succès l'extension continue produite par des poids. La compression ouatée, combinée avec l'immobilisation, m'a aussi rendu des services signalés.

Dans les arthrites syphilitiques, le traitement spécifique (frictions mercurielles et iodure de potassium) était prescrit. Je cite un bel exemple de guérison (obs. 132).

Chez 5 malades, le genou étant fixé dans une attitude vicieuse de flexion, j'ai dû faire le redressement forcé sous le chloroforme, avant d'immobiliser le membre dans la rectitude.

Je n'ai eu qu'une fois recours à la ponction pour évacuer un épanchement articulaire non purulent.

Dans les 4 cas de suppuration articulaire, j'ai évacué le pus, une fois par la ponction avec lavage de la synoviale (guérison) et 3 fois par l'arthrotomie. Ces 3 opérés, qui étaient dans de très mauvaises conditions, sont morts (obs. 133).

Sauf ces 3 cas de mort, tous les autres malades sont sortis guéris ou notablement améliorés. 17 malades étaient en voie d'ankylose, lorsqu'ils ont quitté l'hôpital. Mais cette ankylose n'est pas devenue définitive chez tous ces malades, j'en ai revu quelques-uns qui avaient recouvré peu à peu une partie des mouvements du genou.

La durée moyenne du séjour à l'hôpital des arthrites du genou a été de trente-trois jours.

Chez 19 malades, la durée du traitement a été de un à deux mois; chez 15 malades, cette durée a été de deux à trois mois; et chez 8 malades, de plus de trois mois.

Obs. 132. — *Arthrite syphilitique du genou; accidents tertiaires; traitement spécifique; guérison.* — La nommée D... (Louise), couturière, âgée de 26 ans, entre à la Pitié, salle Gerdy, n° 13, le 21 mai 1884.

Ses parents sont morts phthisiques. Elle a eu la fièvre typhoïde à l'âge de sept ans. Une coxalgie du côté droit survint pendant la convalescence. Elle a eu aussi la fièvre scarlatine quelque temps après. A dix ans elle a eu une fluxion de poitrine. A onze ans une ictère. A vingt ans, cette femme, qui vivait en concubinage, eut une première grossesse. Dans le cours de cette grossesse, elle eut de la bronchite et des troubles cardiaques. L'accouchement eut lieu avec des attaques d'éclampsie et son séjour à l'hôpital se prolongea par suite d'un érysipèle de la face et du cou. A vingt-un ans, deuxième grossesse. A vingt-deux ans, troisième grossesse. A vingt-trois ans, fausse couche. A vingt-quatre ans, quatrième grossesse, suivie d'une péritonite peu intense. Les trois premiers enfants sont morts : le premier en naissant; le second était mort né et le troisième mourut au bout de neuf jours. Le quatrième seul est vivant et bien portant.

Cette femme porte tous les signes de la diathèse scrofuleuse.

Au mois de janvier 1884, elle vint consulter à l'hôpital pour des maux de gorge, qui guérirent rapidement sous l'influence d'un traitement probablement antisyphilitique.

Quelque temps après, dans les premiers jours de mai 1884, elle ressentit une douleur dans la partie supérieure de la jambe, douleur augmentant avec la marche et la fatigue.

Quelques jours plus tard, il survient de la douleur et du gonflement au-dessus du genou. Le mal de gorge se reproduisit et coïncida avec les accidents de la jambe. Cet état fit revenir la malade à l'hôpital, où elle entra le 21 mai.

On trouve à la partie supérieure de la jambe gauche, à l'union des deux tiers inférieurs du tibia et du tiers supérieur, sur sa face interne, une tumeur osseuse provoquant une vive douleur à la pression. De plus il existe de l'arthrite du genou avec un peu d'épanchement. Cependant les mouvements du genou sont peu douloureux et la marche assez facile.

On constate, au-dessus du genou, une distension du cul-de-sac supérieur de la synovial et un épaississement qui paraît faire corps avec les muscles environnants.

L'examen de la gorge laisse voir une échancrure profonde du voile du palais; du côté droit, entre la luette et les piliers. Cette échancrure remonte plus haut que la base de la luette, qui est déviée à gauche; elle se prolonge jusqu'à la voûte palatine. On aperçoit encore plusieurs perforations : l'une au-dessus de la base de la luette, au milieu du voile du palais, est circulaire et de peu d'étendue; deux autres à la partie supérieure droite du voile, l'une en avant entre le pilier antérieur et l'arcade dentaire supérieure, et l'autre en arrière du pilier antérieur. Ces deux dernières perforations paraissent communiquer entre elles en contournant en arrière ce qui reste du pilier.

Par suite de ces lésions, la déglutition se fait mal, surtout celle des liquides, qui passent par les fosses nasales.

La malade interrogée sur ses antécédents n'avoue aucun accident de syphilis primitive ou secondaire. Son mari a eu un écoulement vénérien, paraissant être de nature bleunorrhagique, deux ou trois ans avant l'éclosion des accidents tertiaires constatés. Il s'abstint de tout rapport avec sa femme pendant deux mois.

Le 25 mai la malade prit un gramme d'iodure de potassium, avec des frictions mercurielles sur les parties malades de la jambe. Un cataplasme est appliqué sur le genou après la friction.

Le 2 juin la dose d'iodure est portée à deux grammes.

Le 13. La malade prend toujours deux grammes d'iodure de potassium. Son état s'améliore. Les tumeurs gommeuses de la jambe et l'arthrite spécifique du genou s'amendent et disparaissent peu à peu. L'échancrure et les perforations du voile du palais se détergent, bourgeonnent et se réparent ; toutefois les lésions subsistent, ce qui continue à gêner la déglutition et donne à la voix un son nasillard.

Le 16 juin l'iodure de potassium est porté à la dose de trois grammes.

Le 23 juin la malade quitte l'hôpital avec une ordonnance pour continuer son traitement chez elle.

Louise D... revenue au bout de quelques semaines, est complètement guérie de son arthrite du genou.

OBS. 133. — *Trois cas d'arthrite suppurée du genou ; arthrotomie; mort.* — 1° La nommée A... (Elisa), journalière, âgée de 55 ans, avait en un rhumatisme articulaire il y a cinq ans. Depuis quelques semaines, elle était entrée dans une salle de médecine pour une nouvelle poussée de son rhumatisme. Elle avait de l'épanchement dans les deux genoux et dans le coude droit. On jugea nécessaire de lui faire des ponctions pour évacuer les épanchements articulaires. Ces ponctions n'ont-elles pas été faites dans des conditions aseptiques, je l'ignore. Toujours est-il que les articulations des genoux furent envahies par la suppuration et que l'état de la malade devint grave. On la fit alors passer dans mon service le 13 janvier 1886.

Le 14 janvier, je trouvai la malade dans un état très grave. Fièvre, langue sèche, teinte terreuse de la peau ; tous les signes d'une septicémie. Les deux genoux étaient gonflés, fluctuants. Séance tenante, je pratiquai l'arthrotomie antiseptique au genou droit et au genou gauche. Drainage. Pansement de Lister. Immobilisation dans des gouttières.

Mais le lendemain, à sept heures du matin, la malade succombait à la septicémie.

2° En 1888, un homme de 53 ans, ayant aussi une arthrite suppurée des deux genoux dans le cours d'une septicémie, je pratiquai l'arthrotomie du genou droit. Mais il ne put être sauvé, et succomba quatre-vingts jours après son entrée à l'hôpital.

3° En 1892, un homme de 51 ans eut une arthrite suppurée du genou gauche après un traumatisme. Des accidents septiques se produisirent. Arthrotomie du genou. Mort de septicémie, dix-huit jours après son entrée.

(*A suivre.*)

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

TRAITEMENT DE LA ROUGEOLE PAR DES ONCTIONS D'HUILE D'EUCALYPTUS,

Par C. E. SHELLY (1).

On a fortement préconisé, ces temps derniers, le traitement de la scarlatine par des onctions de certaines préparations à l'eucalyptus ; et on a avancé que cette méthode donnait également de bons résultats dans les autres exanthèmes. Il a donc été décidé de faire un essai de ce traitement au cours d'une épidémie récente de rougeole. Le type de la maladie alors en prédominance dans le voisinage, présentait un caractère de gravité plutôt au-dessus de la moyenne ; avec des symptômes de coryza relativement légers, l'éruption était abondante, persistante et anormalement précoce dans son apparition ; dans la plupart des cas, un rash distinct et absolument caractéristique se manifestait sur les joues au niveau de la ligne de démarcation des muqueuses, ainsi que sur la gorge et le voile du palais, de douze à trente heures avant que tout éruption fût sur la peau ; ce rash apparaissait même quelquefois avant le développement du coryza. Un des effets de cet état de choses était de permettre un diagnostic net des cas individuels beaucoup plus tôt que d'ordinaire.

Vers le milieu de l'épidémie, alors qu'elle était dans son plein, nous nous décidâmes à traiter tous les cas dans une salle remplie de rougeoleux par suite des admissions, avec l'*oleusaban*, la préparation d'eucalyptus spécialement recommandée à cet effet. Les malades étaient pris dans l'ordre où ils entraient; il n'y eut donc aucune tentative d'établir une sélection parmi eux, et au moment de leur admission, il n'y avait point de différence visible entre ces malades et ceux qui les avaient précédés, ou qui leur succé-

(1) *The Practitioner*, novembre 1893.

dèrent. L'exposition des résultats constatés dans la salle est parfaitement établie par les paroles suivantes de mon collègue, le Dr Horace Savory, auquel je suis redevable de la prise soigneuse des observations de ces cas :

« L'épidémie nous a envoyé 73 malades, et le traitement par l'*oleusaban* a été appliqué à 5 d'entre eux. Ces malades occupaient une salle de 5 lits et n'étaient en aucune façon des cas choisis. Les onctions furent commencées dès l'entrée. Elles étaient faites sur tout le corps avec l'oleusaban matin et soir pendant trois jours, et ensuite une fois par jour, la première semaine. L'émulsion d'eucalyptus était administrée à l'intérieur ; un peu du liquide était placé dans des récipients dans la salle, et quand la toux devenait pénible, on en pratiquait des inhalations.

« L'effet immédiat du traitement semble avoir été une grande somnolence ; tous les 5 malades dormaient presque constamment ; on les soulevait avec quelque peine pour leur faire prendre leur nourriture ; et ils ne restaient réveillés que le temps strictement nécessaire à cette fonction. La toux fut très rare dans cette salle pendant les premiers trois jours ; les malades ne se plaignaient pas de soif ; ils n'accusaient que fort peu de malaise de quelque ordre que ce fût.

3 malades furent atteints d'une conjonctivite intense (muco-purulente), tous les 5 présentaient une langue extrêmement chargée en blanc, différant en cela d'une façon frappante avec la langue des malades soumis à d'autres traitement.

« Dans 1 cas le rash commençait à se manifester quand le traitement commença ; mais dans les 4 autres, il parut être retardé, la température restant entre 39° et 40°c pendant les quatre ou cinq jours précédant l'apparition de l'éruption sur la face et le corps. Quand il se manifestait, le rash était très abondant, faisant fortement saillie sur la peau et d'une coloration notablement foncée.

« Pendant les quatrième, les cinquième et sixième jours, 4 des malades furents atteints de catarrhe bronchique et laryngé, avec perte complète de la voix dans 2 cas ; dans un autre il se produisit une attaque grave de pneumonie affectant les deux bases sous forme d'ilots. C'est là le seul cas de pneumonie, au cours de toute l'épidémie, s'étant déclarée comme complication directe de la rougeole.

« Dans les 5 cas, la convalescence a été plus tardive que normalement et la desquamation a été beaucoup plus profuse. Dans le cas où le rash avait éclos quand le traitement fut institué, elle ne fut pas très abondante ; mais pour les 4 autres malades, la face, les mains, les jambes et les pieds desquamèrent abondamment et pour une période prolongée. Dans un cas en particulier, au bout de la sixième semaine la desquamation des paumes des mains eût pu facilement être prise pour celle d'une fièvre scarlatine. »

Cet essai de l' « oleusaban » n'a porté que sur un petit nombre de malades ; mais les résultats, apparemment déterminés par cette substance, ne nous ont point encouragés à en poursuivre l'application. La somnolence anormale et l'affaiblissement général de la sensibilité, l'enduit non ordinaire de la langue, la pyrexie relativement prolongée et le retard de l'éruption, avec la teinte prononcée et sombre de cette dernière, nous ont paru constituer des symptômes semblant indiquer une rétention anormale des produits morbides plutôt qu'une destruction rapide et complète du poison infectieux que proclament comme un de ses avantages particuliers les avocats de cette méthode. Le degré exagéré par lequel les muqueuses et la peau ont été affectées dans le processus morbide, est également très remarquable. Il faut ajouter que l'albuminurie a été signalée dans un seul des cas ; elle était légère et fugace, non plus abondante que ne pourrait l'expliquer la pyrexie concomittante. Il est regrettable que nous n'ayons point recherché de déterminer, par un examen plus approfondi de l'urine dans chacun de ces cas, si et à quel degré, il existait un trouble dans l'élimination rénale.

Les 68 autres cas n'ont présenté aucune manifestation d'un intérêt quelconque. Ils ont été traités soit par une simple mixture saline, soit par cette même mixture additionnée de 0 gr. 50. de benzoate de soude par dose. Ce résultat a été la confirmation d'une conclusion antérieure que ce dernier sel agit dans une certaine mesure en réduisant l'étendue et la durée de l'éruption, en apportant un soulagement aux symptômes, en s'opposant au développement de complications et en hâtant la convalescence.

R. F.-M.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE.

NOTE SUR LES NODULES DU FOIE INFECTIEUX.

NODULES INFECTIEUX DANS LA FIÈVRE TYPHOIDE ET LA TUBERCULOSE INTESTINALE,

Par M. V. Hanot (1).

J'ai déjà présenté l'année dernière à la Société trois notes sur l'anatomie pathologique du foie infectieux, c'est-à-dire du foie altéré par les divers microbes pathogènes et leurs toxines.

Dans toutes les maladies infectieuses, le foie est modifié suivant un même processus général, abstraction faite des incidents liés à des conditions de second ordre.

Ce qui caractérise surtout le foie infectieux, en dehors de la présence du microbe pathogène, c'est l'universalité de la lésion : tous les éléments constitutifs de l'organe : cellules, vaisseaux sanguins, lymphatiques et biliaires, tissu conjonctif, enveloppes fibreuse et péritonéale, y sont plus ou moins lésés.

Un autre grand caractère du foie infectieux, c'est de se présenter sous deux formes : la forme aiguë et la forme chronique.

Cette dernière résulte de la transformation fibreuse du tissu conjonctif préexistant ou de nouvelle formation et peut succéder à la forme aiguë ou se produire en quelque sorte directement pas transformation lente et progressive, avec ou sans poussées aiguës ou subaiguës intercurrentes.

C'est ainsi que se trouve constitué le type de la *cirrhose infectieuse*, nouvellement admise en pathologie générale et dont une des variétés est représentée par la *cirrhose hypertrophique avec ictère chronique* que j'ai décrite en 1875.

Je désire entretenir aujourd'hui la Société d'une lésion particulière du foie infectieux, qu'on a désignée sous le nom de nodule.

(1) Soc. de Biologie, 28 oct. 1892.

Je dépose sur le Bureau de la Société des dessins qui montrent la constitution histologique du nodule infectieux dans la fièvre et la tuberculose avec ulcérations intestinales.

Je dirai d'abord que si on les rencontre dans d'autres circonstances, ce ne doit être qu'exceptionnellement.

L'ulcération intestinale semble donc être une condition nécessaire à la formation du nodule infectieux; il est possible que l'organe pathogène s'y modifie et qu'ainsi s'expliquent les réactions hépatiques toutes spéciales qu'il détermine.

Le nodule typhique du foie se rattache à la lésion décrite pour lapremière fois par Friedriech (Virchow *Archiv*, t, XII, p. 53) et par E. Wagner (*Archiv. der heikunde*, 1860, p. 322). Dans son *Traité des tumeurs*, t. III, p. 27, Virchow s'exprime ainsi a ce sujet: « Il peut aussi, ainsi que Friedreich et E. Wagner l'ont montré, se produire, dans le typhus des proliférations de ce genre dans d'autres organes, par exemple dans le foie; seulement elles n'atteignent pas en général un grand développement. On ne saurait ici méconnaitre une certaine analogie avec la leucémie. » « Dans le foie, dit M. Jaccoud (*Traité de pathologie*, t. III, p. 598) on trouve parfois de petits foyers de formations cellulaires et nucléaires; ces produits sont semblables à ceux qui infiltrent les glandes et les plaques de l'intestin, et méritent comme eux le nom de néoplasies typhiques. »

Depuis, les nodules typhiques ont été étudiés par MM. Siredey et Legry.

De mon côté depuis 1884, je les ai recherchés et décrits sur tous les foies typhiques des malades morts dans mon service.

A l'examen microscopique de coupes colorées au carmin les nodules typhiques apparaissent comme des taches rougeâtres dont la forme est tantôt arrondie, tantôt ovalaire, d'autres fois triangulaire allongée ou même offrant des contours sinueux et absolument irréguliers.

Ils siègent ordinairement à la périphérie du lobule à la limite des espaces portes, près des fissures et des veines sushépatiques. On les observe aussi en plein lobule à égale distance de la périphérie et de la veine centrale. Parfois ils occupent le milieu d'une fissure interlobulaire et empiètent également sur les deux lobules contigus.

Leur nombre varie; certaines coupes n'en contiennent pas; d'autres en contiennent jusqu'à 12.

Leurs dimensions sont de 1/15e à 1/20e de millimètre, pour les plus gros: de 7 à 8/100e de millimètre pour les pluspetits. M. A. Siredey (1), qui a donné l'une des premières études histologiques de ces nodules, les a décrits comme constitués par des amas de leucocytes distendant les capillaires et refoulant les cellules voisines.

Mon élève le Dr Legry (2) admet que « les nodules sont constitués, en majeure partie tout au moins, par des noyaux et des débris de protoplasma provenant des cellules hépatiques tombées en détritus ».

L'infiltration leucocytique y prend certainement une grande part, M. Legry, qui a trouvé le bacille d'Ebert 6 fois sur 11 cas de foie infectieux, généralement disposé en groupe au nombre de 4, 5, 6, 7 et même davantage, dans les capillaires, ne l'a jamais observé dans l'intérieur des nodules, ni même dans les capillaires immédiatement voisins.

Dans des recherches plus récentes que j'ai faites à ce sujet, le résultat a été également négatif.

Voici un dessin qui représente la constitution histologique d'un nodule typhique.

En voici un autre qui représente un nodule infectieux provenant du foie d'un phtisique mort avec des ulcérations intestinales. C'est un amas de leucocytes, de cellules hépatiques désagrégées, émiettées, parsemées de granulations noires, de granulations brillantes, de noyaux devenus libres et de nombreux bacilles de Koch.

A la périphérie de ces nodules les cellules hépatiques présentent un vif processus irritatif et contiennent plusieurs noyaux. On ne peut observer sur ces nodules aucune ébauche de tubercule proprement dit, nulle trace de caséification. Ils peuvent coexister avec des tubercules typiques ou représenter la seule manifestation infectieuse.

Le nodule infectieux n'est pas le tubercule élémentaire des auteurs puisqu'on n'y trouve pas de cellules géantes et quand il est allongé, à contours sinueux et irréguliers; il diffère encore de l'infiltration tuberculeuse de Grancher puisqu'il n'est pas constitué uniquement de jeunes cellules et que les altérations des cellules hépatiques concourent amplement à sa formation. Le nodule tire probablement encore une fois ses caractères spéciaux de son mode d'origine et, j'ajoute, probablement aussi de la constitution anatomique du foie; c'est évidemment, en tous cas, une lésion tuberculeuse moins hautement différenciée que la tubercule proprement dit.

Ainsi donc:

1° Le nodule infectieux est une des lésions du foie infectieux;

2° Le nodule infectieux s'observe presque exclusivement, sinon exclusivement, dans les maladies infectieuses avec ulcérations intestinales, la fièvre typhoïde et la tuberculose intestinale;

3° Il faut donc tenir compte, dans sa genèse, de son origine intestinale, et aussi du tissu où il se développe;

4° Dans la tuberculose hépatique on trouve, en dehors des tubercules typiques, le nodule infectieux qui peut s'y présenter seul. On ne doit pas juger de la tuberculose hépatique, sur la seule présence des tubercules proprement dits, et surtout en dehors de l'examen microscopique qui seul peut déceler le nodule infectieux.

(1) A. Siredey. *Des altérations du foie dans les maladies infectieuses.* (Revue de médecine, 1886.)

(2) Th. Legry. *Contribution à l'étude du foie dans la fièvre typhoïde.* (Thèse de Paris, 1890.)

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE.

SUR LES VARIATIONS DE LA GLYCOGÉNIE DANS L'INFECTION CHARBONNEUSE (1),

Par M. H. ROGER.

On sait les modifications que subit la fonction glycogénique du foie dans diverses conditions expérimentales; mais on ne connait pas encore les variations qu'elle peut

(1) Académie des sciences, 9 octobre 1893.

présenter dans le cours des maladies infectieuses. C'est ce qui m'a engagé à entreprendre quelques recherches sur ce sujet.

J'ai opéré avec la bactéridie charbonneuse, parce que ce microbe consomme rapidement le glycogène. En pratiquant des cultures dans des décoctions laiteuses du foie, on constate qu'en moins de vingt-quatre heures tout le glycogène a été transformé d'une façon complète : le milieu ne renferme plus trace de cette substance et ne contient pas de sucre. On peut donc supposer que des modifications semblables se passent dans l'organisme vivant de la bactéridie, s'emparant des hydrocarbures contenus dans le sang ou dans les organes, entrave la vie des cellules par une sorte de concurrence vitale.

Un premier résultat semble donner raison à cette hypothèse : on ne trouve jamais de glycogène dans le foie des animaux qui succombent au charbon ; mais, contrairement à ce qui se passe dans les bouillons de culture, il reste de la glycose, qu'on peut déceler facilement dans le foie et dans le sang. Chez un animal, dont la température rectale était tombée à 32° et qui mourut pendant qu'on l'attachait, j'ai pu recueillir quelques gouttes de sang au niveau de la carotide : ce liquide, traité par les procédés habituels, réduisait abondamment la liqueur cupropotassique.

J'ai été conduit ainsi à étudier simultanément les troubles de la glycogénie hépatique et de la glycohémie.

Dans les premiers temps de la maladie charbonneuse, on n'observe que des variations insignifiantes : des lapins ont été inoculés soit sous la peau, soit dans les veines ; vingt-quatre ou quarante-huit heures plus tard, ils paraissaient bien portants ; leur température oscillait autour de 40° ; l'examen du sang ne montrait que de très rares bactéridies. En sacrifiant ces animaux, on put constater que le foie contenait de grandes quantités de glycogène : le sang renfermait de 0,714 à 1 gramme de sucre pour 1.000, c'est-à-dire des doses égales ou légèrement inférieures aux doses normales.

Chez les lapins inoculés, les phénomènes graves apparaissent au bout d'un laps de temps qui, suivant la virulence de la culture et la dose injectée, varie de deux à quatre jours : les animaux ont le poil hérissé ; ils se tiennent immobiles dans un coin de leur cage ; leur température s'abaisse ; le sang renferme de nombreuses bactéridies. Quand ces phénomènes morbides sont nettement accusés, le foie ne contient plus de glycogène ; mais il est assez difficile, si l'on ne s'en tient pas à cette formule un peu vague, de préciser le moment où cette substance a disparu ; en effet, tantôt les animaux ont encore 39°,5 et pourtant le glycogène a disparu, tantôt leur température est déjà tombée à 38° et l'on trouve encore du glycogène.

Néanmoins, dans la plupart des cas, la disparition de cette substance coïncide assez exactement avec l'abaissement de la température centrale et la présence de nombreuses bactéridies dans le sang. Mais le résultat le plus curieux, c'est que la disparition du glycogène hépatique est toujours accompagnée d'une notable hyperglycémie : le sang, en effet, contient alors de 2 gr. 265 à 2 gr. 976 de sucre p. 1.000. Il semble donc que, à la fin de la maladie charbonneuse, le glycogène hépatique soit rapidement transformé en glycose et que les tissus soient devenus incapables de consommer l'excès de sucre fourni par le foie. Mais ce qu'on comprend moins bien, c'est que les bactéridies, si nombreuses dans les organes et dans le sang, ne transforme pas ce sucre. Il faut donc admettre qu'elles ne se comportent pas de la même façon dans les bouillons de culture et dans l'organisme vivant.

Un autre résultat confirme cette manière de voir : quand les inoculations charbonneuses sont pratiquées sous la peau, il se développe souvent de l'œdème sous-cutané ; la sérosité, qui infiltre le tissu cellulaire, contient une grande quantité de glycose qui reste inattaquée malgré la présence des bactéridies.

En résumé, la fonction glycogénique demeure intacte pendant les premiers temps de l'infection charbonneuse : à ce moment, la quantité de sucre contenue dans le sang est normale ou légèrement diminuée. A la fin de la maladie, le glycogène hépatique disparaît rapidement et il se produit une notable hyperglycémie.

BULLETIN

Les journaux de toutes nuances ont consacré quelques lignes à l'incident qui s'est passé mardi dernier, dans la salle de la rue des Saints-Pères : ils ont apprécié, à des points de vue très différents, le refus que l'Académie, par l'organe de quelques-uns de ses membres, a cru devoir opposer à la lecture du rapport de MM. Brouardel et Dieulafoy concernant la maladie d'un réfugié célèbre, Cornelius Herz. On s'étonnera quelque peu de cette immixtion de la presse politique dans un débat qui doit rester circonscrit là où il a pris naissance, dans une querelle qui est véritablement d'ordre privé. On pourra regretter qu'elle n'ait pas suivi l'exemple de la presse médicale qui a traité ce sujet avec une grande sobriété de commentaires et une louable discrétion. A l'imitation de celle-ci, nous nous contenterons d'enregistrer un incident qui d'ailleurs ne sera peut-être pas inutile, en ce sens qu'il aura créé un précédent et qu'il pourra servir de texte ultérieurement dans l'hypothèse toujours vraisemblable, bien que purement éventuelle, de la réapparition d'un fait plus ou moins analogue. Il semble que, par le refus d'écouter une lecture non préalablement autorisée par elle, l'Académie ait voulu affirmer à la fois l'indépendance de la tribune et le droit de contrôle qu'elle se réserve d'exercer sur toute communication ou présentation faite par l'intermédiaire de celle-ci.

Quelques-uns de nos confrères sont allés plus loin et ont vu dans ce veto une sorte de protestation contre un acte jugé irrégulier, ou plutôt une affirmation nouvelle et décisive du respect dû au secret professionnel. Mais ce serait faire injure aux honorables et savants rédacteurs du rapport que de croire qu'ils ont agi à la légère, et qu'ils ont voulu faire bon marché de cette obligation du secret dans lequel nous persistons à voir quelque chose d'imprescriptible et d'inaliénable. Evidemment la vulgarisation du texte même de la consultation rédigée en commun n'a pu être décidée qu'avec l'approbation des pouvoirs supérieurs, véritables inspirateurs des démarches diplomatiques en pareille matière. Mais l'Académie avait le droit de se déclarer étrangère à celle-ci, et d'interdire la tribune à un document dont la lecture en séance publique aurait pu être interprétée à son actif dans le sens de participation morale ou d'adhésion. Elle a voulu, en d'autres termes, écarter toute responsabilité quant aux résultats éventuels

d'une enquête qui était d'ordre purement gouvernemental. Telle est, du moins, l'explication que nous avons entendu formuler autour de nous, au lendemain de cette séance qui a fait quelque bruit dans le monde médical. Nous avons lieu de croire qu'il ne restera rien de cet incident, sinon l'affirmation nouvelle du droit qui appartient à toutes les Académies de disposer de leur propre tribune et d'en régler l'usage, admettant tout ce qui est digne d'y paraître, écartant délibérément ce qui peut heurter des traditions et des habitudes presque toujours consacrées par l'expérience.

— Dans le dernier numéro, nous avons insisté sur la curabilité de certaines tuberculoses viscérales, en particulier, sur celle de la péritonite, d'après certains points qui ont été rapportés récemment; ces faits viennent précisément de trouver un nouvel appui dans d'autres observations que MM. Millard et Comby ont exposées cette semaine devant la Société médicale des hôpitaux. Les deux malades de M. Comby, un enfant et un adulte, ont guéri complètement et par des moyens fort simples d'ordre purement médical: l'un d'une péritonite tuberculeuse, l'autre d'une ascite avec pleurésie de même nature. M. Millard a vu également des symptômes de péritonite tuberculeuse confirmée disparaître chez sa malade après de simples badigeonnages au collodion. Certes nous n'irons pas jusqu'à mettre sur le compte d'une médication aussi simple, pour ne pas dire aussi vague, le brillant résultat obtenu: on doit plutôt attribuer celui-ci à l'évolution naturelle du mal, et invoquer ici la tendance spontanée à la guérison qui semble être le propre de certaines localisations de la tuberculose, à l'exclusion de quelques autres. En tous cas, c'est un nouvel argument à l'appui de la notion de curabilité: puis, parallèlement, une atténuation marquée du pessimisme trop longtemps appliqué en bloc au pronostic d'une maladie qui n'est réellement une que par son principe, c'est-à-dire par l'élément bacillaire auquel la tuberculose doit sa caractéristique. C'est aussi une sorte de protestation et une garantie contre l'omnipotence de l'intervention chirurgicale qui, dans ces derniers temps, a semblé vouloir revendiquer le traitement de ces tuberculoses abdominales comme devant lui appartenir désormais d'une manière à peu près exclusive. Les succès dont nos confrères précités ont eu à s'enorgueillir, joints à tous ceux que l'on pourrait colliger çà et là, suffisent à bien faire comprendre ce que pareil monopole aurait d'exagéré et d'inacceptable.

P. M.

VARIÉTÉS.

La maladie de Cornelius Herz.

Voici le rapport de MM. les professeurs Brouardel et Dieulafoy, dont l'Académie a refusé mardi d'entendre la lecture et que nous reproduisons à titre de document :

« Nous avons l'honneur, M. le professeur Brouardel et moi, de faire connaître à l'Académie de médecine le rapport qui nous a été demandé par M. le président du conseil, concernant les résultats de la mission dont nous avons été chargés, en vue de constater l'état de santé de Cornelius Herz.

En publiant ce rapport *in extenso*, notre but est de nous opposer à toute légende, à tout malentendu, qui pourrait être tenté de se substituer à la vérité.

Cette publicité : elle est du reste justifiée par l'exemple que nous ont donné nos très honorables confrères anglais, qui, à plusieurs reprises et tout récemment encore, dans le *British Medical Journal*, ont discuté, avec les détails les plus circonstanciés, le diagnostic et le pronostic de la maladie de Cornelius Herz.

Ce qu'ont fait les médecins anglais, nous allons le faire également et, entrés dans cette voie, nous plaçons le présent rapport sous le patronage de cette Académie de médecine, dépositaire des traditions d'honneur professionnel et de bonne foi scientifique.

Maintenant établissons nettement les faits :

Le 20 juin 1893, MM. les professeurs Charcot et Brouardel étaient chargés, par M. le ministre des affaires étrangères, de se rendre à Bournemouth pour examiner Cornelius Herz à l'effet de savoir s'il était en état d'être transporté hors de son domicile.

A la suite d'un double examen aussi prolongé que scrupuleux, et éclairés par les renseignements fournis par les médecins anglais, MM. Charcot et Brouardel rédigèrent un rapport dont nous allons reproduire les traits les plus saillants :

Cornelius Herz est atteint de diabète sucré avec phosphaturie, azoturie et albuminurie. A ces symptômes diabétique s'ajoutent une pâleur des tissus, un amaigrissement considérable, une déperdition telle des forces, que pendant les examens prolongés faits par les médecins français, le malade fut pris d'angoisse, de sueurs froides, de refroidissement aux extrémités avec tendance à la syncope. La dépression des forces était encore expliquée par ce fait que le malade, atteint d'une intolérance stomacale absolue, vomissait tous ses aliments, ce qui avait engagé les médecins anglais à recourir à l'alimentation par la voie rectale.

D'autre part, Cornelius Herz avait été pris, le 6 février 1893, d'accès de fièvre avec anxiété précordiale et troubles cardio-vasculaires, qui avaient fait diagnostiquer aux médecins anglais une aortite aiguë. Depuis cette époque, le malade avait été sujet à des sensations de défaillance et de syncope survenant principalement dès qu'il voulait se lever. C'étaient bien là des signes d'angine de poitrine.

En face de cette situation caractérisée par un état diabétique voisin de la cachexie et par des accidents cardio-aortiques sans cesse menaçants, les conclusions de MM. Charcot et Brouardel furent les suivantes : « Les constatations directes que nous venons de relater, notamment la crise avec tendance à la syncope, dont nous avons été témoins, ne nous laissent aucun doute sur la réponse qu'il y a lieu de faire à la question qui nous a été posée. On ne pourrait transporter Cornelius Herz sans faire courir au malade les plus grands dangers; nous ne prendrions pas la responsabilité de conseiller son transport. »

Néanmoins le rapport se terminait par une phrase où nous relevons la déclaration suivante : « Il n'est pas impossible qu'il survienne une rémission dans la marche de la maladie. »

Et bien, cette rémission est survenue et c'est ici que commence la deuxième partie du rapport actuel.

Sous l'influence d'une hygiène alimentaire sévère, d'un traitement bien conduit, le malade s'est amélioré, les forces ont reparu peu à peu, et quand nous sommes arrivés à Bournemouth samedi dernier, 4 novembre, M. Brouardel et moi, voici ce que nous avons constaté en présence de nos honorables confrères anglais.

Cornelius Herz est dans la plénitude de ses facultés intellec-

tuelles. Il n'est plus l'homme anémié et amaigri du mois de juin ; il n'est plus l'homme tombant d'inanition et de faiblesse, il a bonne mine, il est solidement musclé, il a engraissé, la voix est forte et timbrée, le pouls est de bonne qualité ; au point de vue des symptômes diabétiques le sucre urinaire a notablement diminué, et l'albuminurie a complètement disparu; nous ne constatons aucun symptôme de brightisme.

L'alimentation, impossible il y a quelques mois, est actuellement solide et substantielle, on en peut juger, du reste, par quelques vomissements qui ont eu lieu en notre présence, vomissements provoqués, suivant le malade, par l'état nerveux où l'avait plongé notre examen.

Entre autres symptômes, d'ordre également nerveux, nous signalons des sensations de froid et de légère anesthésie occupant principalement le côté gauche du corps et parfois provoqués par la pression de l'hypochondre gauche.

L'examen du cœur nous a donné les résultats suivants : il n'y a pas hypertrophie cardiaque et le choc systolique est normal. A l'auscultation on perçoit une très léger souffle au premier temps à la région mitrale, et un prolongement du second temps à l'orifice aortique ; ce prolongement ne mérite même pas le nom de souffle de retour, et d'ailleurs les autres signes de l'insuffisance aortique font défaut.

Au dire du malade, qui reste confiné dans son lit, les tendances à la défaillance sont fréquentes, l'angoisse syncopale survient soit spontanément, soit à l'occasion de mouvements avec la sensation de la vie qui s'éteint.

Ce sont là des symptômes d'angine de poitrine, mais ils ne se sont pas produits en notre présence et nous nous contentons de les signaler.

Il ressort donc de notre examen : qu'à part les troubles cardioaortiques avec lesquels il faut compter, car chacun sait les terribles surprises que peut entraîner l'angor pectoris, à part ces troubles cardiovasculaires, il y a, dans l'état général du malade, une amélioration tellement manifeste que Cornélius Herz, répondant à nos questions, nous a dit lui-même : « Oui, je me sens mieux, oui, je suis plus fort. »

Il ne peut donc y avoir aucune hésitation dans nos conclusions relativement au déplacement et au transport de Cornélius Hertz : *Ce qui n'était pas possible il y a quatre mois, est possible aujourd'hui.*

A ces conclusions, qu'il nous soit permis d'ajouter quelques mots. Après avoir accompli notre mandat auprès du malade, nous avons pris congé de nos honorables confrères anglais que nous ne saurions trop remercier de leur parfaite courtoisie, et de l'extrême obligeance avec laquelle ils nous ont fourni tous les renseignements désirables.

A l'issue de notre consultation à Bournemouth, nous sommes rentrés à Londres, nous avons envoyé un mot à l'ambassade de France, et le soir même, à 10 heures, nous étions reçus avec empressement et une bonne grâce charmante par le premier secrétaire, M. le Baron d'Estournelles.

Séance tenante, nous faisions part de nos conclusions à M. le baron d'Estournelles, et il en informait aussitôt à Paris M. le président du Conseil par une dépêche que nous avons rédigée en commun. Notre mission était terminée. »

L'hygiène en Russie.

Les maladies vénériennes, en particulier la syphilis, semblent devenir en Russie un véritable désastre dans certaines régions, du moins, au Caucase et dans les gouvernements du sud et de l'est, où viennent vivre, pendant la moisson et dans une promiscuité inouïe, des centaines et des milliers de garçons de fermes, de moissonneuses. Ces paysans retournant chez eux infectent tout le voisinage. Ainsi en l'espace de quatre mois 23 personnes ont été syphilisées par un seul et même individu.

Pour arrêter ce fléau, les mesures gouvernementales sont l'encartement et la visite des prostituées, *l'examen périodique des ouvriers dans les usines et les divers établissements de commerce, des soldats et des laboureurs retournant dans leur foyer ; l'examen dans les villages à la requête des habitants, de toute personne suspecte*, l'isolement et le traitement des vénériens dans les hôpitaux généraux ou spéciaux, et *la distribution de brochures exposant l'infectiosité des maladies vénériennes, et la nécessité d'avoir recours à un traitement.*

Voilà des mesures où la liberté individuelle (ce dada si cher à certains hygiénistes) a été fortement compromise, ce nous semble.

Il y a en Russie d'Europe (pour 1890), 1 lit d'hôpital pour 1.600 personnes; au Caucase, 1 pour 12.500; en Sibérie, 1 pour 3.000 et dans l'Asie centrale, 1 pour 16.000.

Le nombre des médecins est dans les mêmes proportions, 1 pour 9.200 en Russie d'Europe, 1 pour 11.600 au Caucase; et 1 pour 48.500 en Sibérie! En outre des docteurs en médecine civils et militaires, il y a 11.959 *Feldschers*, hommes et femmes, sorte d'officiers de santé qui ont reçu une certaine éducation médicale et ont suivi pendant quatre ans les services d'hôpital. Malgré ce nombre de *Feldschers*, il y a maint district immense qui en est dépourvu.

Il n'y a en Russie que trois villes, Varsovie, Odessa et Yalta qui soient pourvues d'égout. — Partout ailleurs, ce sont les fosses qui sont seules en usage. Ajoutez à cela que l'alimentation des villes et des villages, en eau, est des plus défectueuses; sur 86 villes, centre de gouvernement, il n'en est que 46 qui possèdent des travaux d'art pour amener l'eau; et sur ces 46 villes, 31 ne distribuent à leurs habitants que de l'eau impure ou de mauvaise qualité. On a peut-être là l'explication des épidémies formidables de choléra en Russie. (*Méd. mod.*)

MÉDECINE PRATIQUE

Gargarisme pour amygdalite simple.

Borax............	6 grammes.
Teinture de benjoin.......	15 —
Eau de roses. Q. S. pour...	180 —

Se gargariser fréquemment avec cette mixture.

(*Practitioner*, octobre 1893.)

Psoriasis.

Glycérine pure...........	45 grammes.
Huile de cade............	45 —
Savon mou...............	2 gr. 50

A appliquer sur les parties affectées.

(*Practitioner*, octobre 1893.)

Dysménorrhée névralgique.

Extrait d'opium............	0,10 centigr.
Extrait de belladone.......	0,10 —
Sulfate de quinine.........	1,50 —

Pour 25 pilules. En prendre une toutes les trois heures.

(*Med. World* in *The Clinical Journal*, 20 septembre 1893.)

Hémorrhoïdes.

Acide tannique.............	0,60 centigr.
Sous-nitrate de bismuth....	1,25 —
Acide phénique liquide....	X gouttes.
Sulfate de morphine.......	0,50 centigr.
Vaseline..................	90 grammes.

Pour applications locales, matin et soir.

(*Toledo Med. Comp.* in *The Clinical Journal*, 20 sept. 1893.)

Limonade antidiarrhéique.

Résorcine..................	2 grammes.
Acide chlorhydrique dilué..	2 —
Sirop d'oranges............	20 —
Eau........................	Q. s. p. 180 gr.

Une cuillerée à soupe toutes les deux ou quatre heures.

(*Practitioner*, octobre 1893.)

Verrues.

Sublimé corrosif...........	0,40 centigr.
Eau distillée..............	180 grammes.
Esprit de camphre..........	15 —
Eau de rose................	20 —

Imbiber de ce liquide 3 ou 4 épaisseurs d'un linge découpé selon la surface à traiter. Appliquer ce linge avant de se coucher et l'enlever dès qu'il est sec. Après quelques nuits, la peau pèle en écailles.

On peut encore employer comme enduit local le mélange suivant :

Sublimé corrosif...........	0,30 centigr.
Acide salicylique..........	4 grammes.
Collodion..................	30 —

(R.-B. Morison. *Med. Record*, 7 octobre 1893.)

Otalgie.

Menthol....................	2 grammes.
Camphre....................	2 —
Vaseline liquide...........	30 —

Instiller dans l'oreille plusieurs fois par jour.

(*Medical Press* in *Med. Record*, 14 octobre 1893.)

NOUVELLES

Facultés et Ecoles des départements.

École de médecine et de pharmacie de Grenoble. — Par arrêté en date du 12 octobre, M. Labatut, suppléant des chaires de physique et de chimie à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Grenoble est chargé, pour l'année scolaire 1893-1894, d'un cours de chimie et de toxicologie à ladite école.

Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Limoges. — Par arrêté en date du 16 octobre, M. Chénieux, professeur de clinique chirurgicale, est nommé pour trois ans, à partir du 1er novembre 1893, directeur à ladite école.

Ecole de médecine et de pharmacie de Reims. — Par arrêté en date du 30 septembre, M. Mouflier, pharmacien de 1re classe, chef des travaux physiques et chimiques à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims, est chargé, en outre, pour l'année scolaire 1893-1894, des fonctions de suppléant de la chaire de pharmacie et de matière médicale à ladite école.

École de médecine et de pharmacie d'Amiens. — Par arrêté en date du 9 octobre, M. Dewèvre (Louis-Silvain-Auguste), docteur en médecine, licencié ès sciences naturelles, est institué, pour une période de neuf ans, suppléant de la chaire d'histoire naturelle à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens.

École de médecine et de pharmacie de Clermont. — Par arrêté du 24 octobre, M. Bousquet, professeur de clinique chirurgicale, est nommé pour trois ans directeur de la dite école.

Missions scientifiques. — Par arrêté du 29 octobre, M. le Dr Loir, préparateur à l'Institut Pasteur, est chargé d'une mission scientifique en Tunisie, à l'effet d'y étudier les maladies épidémiques des animaux.

Maladies du larynx, du nez et des oreilles — Le Dr Castex, ancien prosecteur et chef de clinique chirurgicale de la Faculté, reprendra, à sa clinique, 52, rue Jacob, son cours sur les maladies du larynx, du nez et des oreilles le mardi 14 novembre à 3 heures et le continuera les mardis, jeudis et samedis à la même heure. Examen des malades et opérations à partir de 3h. 1/2. On s'inscrit à la clinique les mêmes jours de 3 à 5 heures.

Chemins de fer de Paris à Lyon et à la Méditerranée. (Hiver 1893-1894.) — *Trains rapides quotidiens composés de voitures de 1re classe, vagons lits, lits-toilette (Nord), lits-salons (P. L. M.), avec cabinets de toilette et water-closets.* — A partir du 3 novembre 1893, partiront tous les jours :

1° de Paris (P. L. M.) à 8 h. 25 soir :

2° de Paris (gare du Nord place, de Roubaix) à 7 h. 44 soir et de Paris (P. L. M.) à 8 h. 45 soir, des trains rapides à destination du Littoral de la Méditerranée (Hyères, St-Raphaël, Cannes, Nice, Monaco, Menton, etc.). Ils continueront jusqu'à Vintimille où il y aura une correspondance immédiate pour l'Italie.

Ces trains prendront, au départ de Paris, les voyageurs de 1re classe ayant à effectuer un parcours d'au moins 600 kilomètres, ainsi que ceux pour Lyon et l'au-delà vers Grenoble.

Deux trains de même nature partiront également tous les jours de Vintimille à midi 10 et midi 50. Ce dernier correspondra à Paris-Nord avec les trains rapides à destination de l'Angleterre, de la Belgique, de la Hollande et de l'Allemagne.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

La pratique de l'asepsie et de l'antisepsie en chirurgie, par Ed. Schwartz, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Cochin. Paris, 1894, 1 vol. in-18 jésus de 380 pages avec 51 figures cart. — Prix : 6 francs. — Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Thérapeutique journalière. Maladies internes et maladies des enfants, par C. Smith, médecin praticien à Moscou. Paris, 1893, 1 vol. in-18 de 204 pages. — Prix : 3 francs. — Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Bulletin hebdomadaire de Statistique municipale.

DÉCÈS NOTIFIÉS DU 29 OCTOBRE AU 4 NOVEMBRE 1893

Fièvre typh., 14.—Typhus, 0.—Variole, 7.—Rougeole, 5.— Scarlatine, 3. — Coqueluche, 3.— Diphtérie, croup, 18.— Grippe, 0. — Affections cholériformes, 0. — Phtisie pulmonaire, 190. — Méningite tuberculeuse, 12. — Autres tuberculoses, 15. — Tumeurs cancéreuses et autres, 54. — Méningite, 21. — Congestion et hémorrhagie cérébrale, 43 — Paralysie, 6. — Ramollissement cérébral, 0. — Maladies organiques du cœur, 52. — Bronchite aiguë et chronique, 48. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 69. — Autres affections de l'appareil respiratoire, 31. — Gastro-entérite des enfants : sein, biberon et autres. 36. — Fièvre et péritonite puerpérales. 2. — Autres affections puerpérales, 1. — Débilité congénitale, 24. —Sénilité, 32. — Suicides, 12. — Autres morts violentes, 7. — Autres causes de mort, 154. — Causes inconnues, 7. — Total : 862.

Le Rédacteur en chef et Gérant : F. de Ranse.

Paris. — Typ. A. Davy, 52, rue Madame — Téléphone.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Rédacteur en chef : M. le Dr F. DE RANSE

Comité de Rédaction : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN
J. ARNOULD (de Lille), P. FABRE (de Commentry), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon)

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, avenue Montaigne (Rond-Point des Champs-Élysées)

TOXICOLOGIE

CAS FATAL D'EMPOISONNEMENT AIGU PAR LA BENZINE,

Par T.-N. Kelynack (1).

Des cas d'empoisonnement par la benzine ont été signalés par Averill (2) et Foulerton (3), mais, autant que je sache, aucun cas mortel n'a été publié dans un quelconque des nombreux journaux médicaux de ce pays. A l'étranger, plusieurs observations ont été citées, et le professeur Dixon Mann (4), dans son ouvrage récemment publié, rappelle les cas de Falk (5) et de Sury-Bienz (6).

En conséquence le fait suivant me semble mériter ici sa place.

Eliza H..., âgée de 26 ans, ménagère, fut amenée au Manchester Royal Infirmary à 2 heures du matin le 22 mai 1892. On raconta alors qu'étant sous l'influence de la boisson, elle avait, vers 8 h. 1/2 le soir précédent, absorbé une grande quantité de benzine. Elle fut admise dans les salles du Dr Dreschfeld auquel je suis redevable de pouvoir rapporter ici l'observation.

Histoire clinique. — A l'admission, la malade était tout à fait inconsciente, le pouls était très rapide et si faible qu'on ne pouvait le percevoir au poignet qu'avec peine. Les pupilles étaient contractées et ne réagissaient plus à la lumière. Les extrémités étaient froides; les lèvres, les oreilles et le nez étaient violacés par la cyanose. Tout autour de la malade on percevait une forte odeur de benzine. L'estomac fut complètement lavé avec de l'eau chaude; les premiers lavages ramenaient des matières sentant nettement la benzine. On injecta sous la peau de l'éther et de la strychnine. Trois quarts d'heure après son admission, la malade redevint suffisamment consciente pour réclamer à boire. Elle se plaignit alors de vives douleurs au niveau de l'abdomen et semblait ressentir des nausées et de la céphalalgie intense. Un peu plus tard, il se produisit de la diarrhée. Malgré le traitement stimulant le plus énergique, le pouls s'affaiblit progressivement et vers 9 h. 15 du matin, un peu plus de sept heures après l'admission, douze heures environ après l'absorption du poison, la mort eut lieu tranquillement par défaillance cardiaque.

A l'enquête faite auprès du mari, j'appris que la benzine avait été acquise d'un locataire de la maison qui travaillait dans le voisinage à des préparations aniliques, et qui voulait s'en servir pour enlever des taches sur les vêtements. On pensa que la malade en absorba environ 30 grammes. Avant de la transporter à l'Infirmary, aucun traitement effectif ne parait avoir été tenté.

Autopsie. — On pratiqua l'autopsie vingt-cinq heures après la mort. Voici le résumé des notes prises à ce moment. *Examen externe* : Le corps est celui d'une femme petite, mais jeune et bien portante. Les joues sont légèrement cyanosées. Les pupilles sont de dilatation moyenne et égales. Grande lividité des ongles et des doigts. Aucune érosion des lèvres ou de la muqueuse de la bouche. Rigidité cadavérique bien marquée. *Examen interne* : A l'ouverture du corps, tous les organes et les tissus exhalent une forte odeur analogue à celle d'aniline. A la section des intestins, on perçoit une odeur de gaz d'éclairage. Les reins et le foie expriment, à la section, une odeur d'aniline. Il en est de même pour le cerveau, le sang et l'urine. Pendant la durée de l'autopsie, tout l'amphithéâtre était rempli d'une odeur qui, ainsi qu'à moi-même, parut à un chimiste présent être analogue de celle d'aniline. Sur moi-même, elle était assez forte pour déterminer une sensation de poids et de dépression à la tête, avec douleurs sus-orbitaires marquées. Un autre assistant eut des nausées, bien que cela ne lui arrivât jamais pendant les autopsies. Cerveau et méninges extrêmement congestionnés, mais pas d'hémorrhagies nettes ou autres grosses lésions. Plèvres : vieilles adhérences fibreuses du côté droit. Poumons extrêmement congestionnés et légèrement œdématiés. En de nombreux points les bronches présentent des petites hémorrhagies irrégulières. Larynx très congestionné. Pas d'œdème ni d'hémorrhagies. Trachée fortement congestionnée. Cœur normal en volume et contracté. Les cavités contiennent du sang fluide et demi-fluide d'une coloration d'un brun rouge foncé. Valvules et orifices normaux. Myocarde sain en apparence et en consistance. Aorte normale. Langue et œsophage congestionnés, mais sans traces d'érosion. Estomac petit, contracté, ne contenant qu'une très petite quantité d'un liquide brunâtre, ne sentant pas beaucoup plus fortement que le reste du corps en général. Muqueuse légèrement congestionnée, mais non pas à degré de congestion plus marquée on avec un nombre d'hémorrhagies plus grand qu'on ne le rencontre dans les autopsies de cas où il n'y a pas eu d'empoisonnement. Intestins : duodénum con-

(1) *Med. Chronicle*, novembre 1893.
(2) Averill. *British Med. Jour.*, 1889, I., p. 709.
(3) Foulerton. *Lancet*, 1885, II, p. 365.
(4) Mann (Dixon). *Forensic Médecine and Toxicology*, 1893, p. 532.
(5) Falk. *Vierteljahrsschr. f. ger. Med.*, 1892.
(6) Sury-Bienz. *Ibid.*, 1888.

gestionné. En de nombreux points du jejunum, les bords des valvules conniventes présentent des hémorrhagies. Vers le milieu de l'iléon existe une plaque irrégulière de 9 pouces de longueur au niveau de laquelle la muqueuse est d'un gris sale; cette plaque est entourée par des saillies hémorrhagiques. Il n'y a pas d'ulcérations vraies, bien qu'à première vue, la surface présente un aspect érodé; mais cet aspect est du à un certain dégré d'exsudation muqueuse et sous-muqueuse. Gros intestin légèrement congestionné. Foie très congestionné mais normal d'autre part; rate et pancréas normaux. Reins tous deux congestionnés. Vessie normale, renfermant 155 cc. d'urine possédant une forte odeur analogue à celle de tout le reste du corps. Organes génitaux congestionnés. Kyste ovarien gauche.

Examen chimique. — L'urine prise dans la vessie fut analysée au point de vue de l'aniline; mais on ne put obtenir aucune réaction même après la distillation la plus soigneuse. Elle était légèrement trouble, légère en couleur, mais ne contenait ni sang ni bile. Densité 1.010. Réaction acide. Elle contenait beaucoup d'albumine mais point de sucre. On ne put obtenir de réaction anilique avec le liquide des premiers lavages de l'estomac. Je pus obtenir du mari de la morte un échantillon de la substance absorbée et provenant de la même source, en tout semblable à celui qui avait déterminé la mort de sa femme. Mon ami le Dr Bailey, conférencier de chimie dans le « Owen College » a bien voulu examiné ce liquide et voici quelles sont ses conclusions: « L'échantillon du liquide concernant l'empoisonnement est pratiquement de la benzine pure et je le considère comme le premier produit d'un alambic de Savalle. 10 cc. ont été soumis à la distillation fractionnée; 2, 4 cc. ont passé à plus de 80°, le reste à 80°,2, sauf une très minime portion qui n'a bouilli qu'à 80°,6. L'huile contenait une légère trace d'un composé sulfuré, mais pas davantage que cela n'existe dans la benzine la plus rectifiée. »

Examen microscopique. — L'examen microscopique du muscle cardiaque et une coloration soigneuse à l'acide osmique n'ont point décelé de graisse ni tout autre état dégénératif des fibres musculaires. Le foie a donné une réaction bleu de prusse nette à l'aide du sulfocyanure de potasse et de l'acide chlorhydrique; mais après durcissement prolongé dans l'alcool, on n'a pu obtenir la réaction du fer. L'urine prise dans la vessie après la mort contenait de larges squames épithéliales, de petites cellules rondes et cubiques, de l'épithélium de transition de la vessie, quelques moules hyalins, des globules du sang, des débris granuleux et de bactéries dont plusieurs étaient mobiles.

Examen spectroscopique. — Le sang fut soumis à l'examen spectroscopique. Ce sang donna les deux bandes ordinaires de l'oxy-hæmoglobine, et parait être aisément réduit. Pas de traces de mét-hæmoglobine.

REMARQUES. — Le cas que nous venons de rapporter semble prouver nettement que la benzine agit comme un poison narcotique. Même sous l'influence d'une dose comparativement considérable, la mort paraît être quelque peu lente et due à la défaillance cardiaque. Après avoir tenté d'éliminer le poison, autant que possible, le traitement devra tendre à combattre le collapsus cardiaque. On dit que la benzine est éliminée par les urines sous la forme d'un sel de l'acide phénylsulfurique. Il n'existe pas de preuve nette démontrant que la benzine peut être dans le corps convertie en aniline.

R. F.-M.

PATHOLOGIE MÉDICALE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'ÉTIOLOGIE DE LA DYSENTERIE,

par M. A. LAVERAN,
Professeur à l'École du Val-de-Grâce (1).

Les causes de la dysenterie sont encore mal connues, malgré les nombreux travaux qui ont été entrepris à ce sujet. On a incriminé tour à tour des microbes spéciaux, les microbes qui se rencontrent d'ordinaire dans les matières fécales, enfin les amibes intestinales. Les anguillules stercorales et intestinales qui ne se trouvent que dans certaines régions (Cochinchine) n'ont jamais pu être considérées comme étant les agents de la dysenteric, mais seulement ceux de la diarrhée spéciale à ces régions.

La dysenterie d'origine amibienne signalée pour la première fois par Lœsch à Saint-Pétersbourg en 1875, a été regardée d'abord comme une rareté pathologique, mais dans ces dernières années un grand nombre de faits tendant à établir la fréquence de cette forme ont été publiés par : Normand, Sonsino, Grassi, Perroncito, Kartulis, Koch, Hlava, Massiutin, Osler, Dock, Nasse, Lutz, Councilman, Lafleur, Eichenberg, Pasquale, Kruse, Kovacs, Quincke, West.

En 1889, Kartulis pouvait annoncer qu'il avait constaté en Egypte la présence des amibes dans plus de 500 cas de dysenterie, ainsi que dans le pus de tous les abcès du foie consécutifs à la dysenterie.

W. Osler, Councilman et Lafleur, qui ont retrouvé en Amérique ces amibes, leur assignent également un rôle important dans l'étiologie de certaines dysenteries et dans la pathogénie des abcès du foie consécutifs.

D'après Councilman, il faudrait admettre trois formes de la dysenterie :

Forme catarrhale ou simple;

Forme diphtérique caractérisée par des exsudats fibrineux et par des nécroses;

Forme amibienne due à la présence de l'*Amœba coli*, les principaux caractères cliniques de cette dernière forme seraient : la tendance à la chronicité et l'intermittence des accidents. (*The Boston med. a. Surg. jour.*, 1892.)

Lewis, Cunningham, Grassi, Massiutin, Calandruccio, Pasquale, A. Schuberg ont montré, il est vrai, que dans certaines régions les amibes se trouvaient avec une grande fréquence dans les selles des individus sains ou atteints d'affections autres que la dysenteric (choléra, fièvre typhoïde, etc. .) (2).

Quoi qu'il en soit, les importants travaux publiés sur ce sujet principalement par Kartulis et par Councilman commandent l'attention, et la recherche des amibes s'impose dans les selles de dysentériques et dans le pus des abcès du foie.

Pas plus que celle des amibes intestinales, l'étude des microbes des selles dysentériques n'a donné jusqu'ici des

(1) Soc. de biologie, 4 novembre 1893.

(2) Voyez pour l'historique de la question l'excellent mémoire publié par Councilman et Lafleur, in *the Johns Hopkins Hosp. Reports*, Baltimore, 1891, et la revue critique très complète publiée en 1893 par Schuber, in *Centralbt für Bakt.*

résultats certains au point de vue de la connaissance des causes de la dysenterie.

La plupart des observateurs pensent que les bacilles décrits par Ziégler, Klebs, Chantemesse et Widal (1) comme étant les agents de la dysenterie doivent être rapportés au *B. coli communis*. Maggiora attribua d'ailleurs à ce bacille un grand rôle dans la pathogénie de la dysenterie (*Centralbl f. Bakt.*, 1892, p. 173.

Zancarol admet sans preuves suffisantes que les streptocoques donnent lieu à la dysenterie et aux abcès du foie (*Revue de chirurgie*, août 1893.)

Enfin Bertrand et Baucher, qui n'ont pas trouvé de microbe spécial dans les selles dysentériques, concluent de leurs recherches que la dysenterie de nos climats est produite par les microbes qui existent à l'état normal dans les voies digestives ; ces microbes, inoffensifs lorsque les voies digestives ; sont à l'état normal, pourraient provoquer dans certaines conditions une inflammation vive de la muqueuse, soit que leur virulence s'exalte, soit qu'une altération préalable muqueuse intestinale rende celle ci plus vulnérable. (*Gaz. hebdom.*, 6 octobre 1893.)

Pendant les mois de juillet et août derniers j'ai eu l'occasion d'observer une petite épidé mie de dysentérie qui a régné principalement sur les troupes casernées dans les forts de Bicêtre, de Vanves et de Montrouge. Le nombre des militaires entrés au Val-de-Grâce pour dysenterie a été peu considérable, mais dans quelques cas la maladie a pris des formes graves ; plusieurs malades ont même succombé à des dysenteries tout à fait comparables, au point de vue de l'acuité des symptômes, aux dysenteries des pays chauds.

J'ai pensé qu'il serait intéressant de rechercher dans ces cas l'existence des amibes et celle des bacilles décrits par Chantemesse et Widal.

J'ai choisi 10 malades atteints de dysenterie aiguë bien caractérisée, et j'ai fait l'examen histologique et bactériologique des selles de ces malades.

Pour la recherche des amibes, les selles doivent être examinées très peu de temps après leur expulsion, car les amibes ne tardent pas à mourir dans les matières fécales mélangées à de l'urine en décomposition ; à l'aide d'une pipette stérilisée, plus large que les pipettes dont on se sert d'ordinaire dans les recherches bactériologiques, je recueillais un peu de la matière dysentérique et je l'examinais au microscope (oculaire 1, objectifs 7 ou 9 de Verick), en me servant ou non de la platine chauffante qui n'est pas nécessaire pour voir les mouvements des amibes, surtout en été. Sur les 10 malades examinés, 9 fois il m'a été impossible de trouver des amibes, une fois j'ai constaté la présence d'amibes, en *petit nombre* qui répondaient aux descriptions qui ont été données de l'*Amœba coli.* Lorsque ces amibes ont la forme arrondie, elles ont en moyenne 20 μ de diamètre, à l'intérieur on distingue des vacuoles non contractiles ; les changements de forme que ces amibes subissent sous l'œil de l'observateur sont très caractéristiques.

Lorsque ces amibes sont mortes, il est beaucoup plus difficile de les distinguer dans les selles dysentériques, attendu qu'on trouve dans ces selles des éléments anatomiques qui présentent une grande analogie avec les amibes mortes ; ces éléments sont tantôt des cellules épithéliales de la muqueuse intestinale devenues globuleuses, tantôt de grands leucocytes granuleux ; en traitant la préparation par le carmin on colore facilement un ou plusieurs noyaux dans ces éléments anatomiques.

Un des 9 malades dont les selles ne renfermaient pas d'amibes a succombé à la dysenterie aiguë : j'ai recherché inutilement à l'autopsie des amibes à la surface de la muqueuse intestinale et sur les coupes de l'intestin. A ce sujet, je dirai que je suis surpris de la facilité avec laquelle quelques observateurs reconnaissent les amibes sur les coupes histologiques de l'intestin et d'autres organes. Les grands éléments qui se trouvent notamment dans les vaisseaux sanguins de l'intestin enflammé, ainsi que dans les lymphatiques, ressemblent beaucoup à des cellules endothéliales devenues plus ou moins globuleuses et il me paraît bien délicat de faire sur des coupes histologiques le diagnostic différentiel de ces éléments et des amibes. On trouve également, dans le pus des abcès du foie, de grands éléments anatomiques qui ont une grande analogie avec des amibes. Il me semble que dans l'état actuel de la science le diagnostic d'amibes ne peut être tenu pour certain que lorsqu'on a vu ces parasites à l'état vivant et qu'on a pu constater leurs mouvements caractéristiques.

Je crois pouvoir conclure de mes recherches que les amibes intestinales rencontrées une seule fois sur dix et en petit nombre dans la dysenterie aiguë de notre pays ne sauraient être considérées comme étant la cause de cette dysenterie, non plus que les cercomonades ou les trichomonades que l'on rencontre également quelquefois dans les selles.

Je ne conteste d'ailleurs nullement l'existence d'une dysenterie amibienne, j'ai même observé quelques faits qui m'ont paru appartenir à cette espèce, celui-ci entre autres :

En même temps que les dysentériques provenant des forts de Paris, je recevais, au mois d'août dernier, un malade qui était atteint de dysenterie chronique contractée au Tonkin. Dans les selles de ce malade, selles qui avaient les caractères des selles dysentériques, je trouvai un grand nombre d'amibes qui avaient des mouvements très vifs : il est il probable qu'il existe plusieurs espèces d'amibes intestinales.

Pour savoir si les amibes sont véritablement les agents pathogènes de certaines formes de dysentérie et si elles ne trouvent pas tout simplement dans l'intestin des dysentériques un milieu favorable à leur développement, il sera nécessaire de procéder à de nouvelles recherches et à des expériences qui, déjà entreprises par Lœsch, Hlava, Kartulis, n'ont encore donné que des résultats discutables. Ce qui dès aujourd'hui me semble pouvoir être affirmé c'est que la dysentérie saisonnière de nos pays n'appartient pas à la forme amibienne et qu'il faut, par suite lui trouver une autre cause.

L'examen bactériologique des selles des 10 malades dont j'ai parlé plus haut m'a permis de constater la présence de bacilles en grande quantité, mais il m'a été impossible de différencier ces bacilles du *B. coli communis* ; l'aspect est le même dans les selles fraîches et dans les cultures, les colonies sont identiques sur gélatine et sur gélose, enfin le bacille que j'ai isolé faisait fermenter la lactose, j'ai dû conclure par conséquent qu'il s'agissait du *B. colis communis*.

En dehors de ces bacilles on trouve d'ordinaire, dans les selles dysentériques, une grande variété de microcoques et

(1) Académie de médecine, 17 avril 1888.

de bacilles; aucun de ces microbes ne m'a paru, par sa constance ou son abondance dans les selles, mériter d'être signalé spécialement.

Faut-il admettre, avec Maggiora, que le *B. coli communis* est l'agent de la dysenterie ou, avec Bertrand et Baucher, que tous les microbes contenus dans l'intestin jouent leur rôle dans la pathogénie de cette maladie?

Cette dernière théorie de la dysenterie saisonnière de nos climats paraît admissible. Les matières fécales, avec tous les microbes qu'elles renferment, constituent par elles-mêmes une cause d'irritation et d'inflammation de la muqueuse intestinale; à l'état normal la muqueuse est protégée par l'épithélium, par les sécrétions intestinales et par le mucus. On peut concevoir que l'arrêt des sécrétions intestinales et un changement dans la composition du mucus facilitent le développement des microorganismes et permettent à ceux-ci de prendre une virulence plus grande qu'à l'état normal. On sait que les selles dysentériques n'ont plus l'aspect fécaloïde, que les sécrétions intestinales sont arrêtées et que le meilleur moyen de guérir la dysenterie consiste à provoquer la diarrhée par l'emploi des purgatifs; l'odeur infecte des selles dysentériques annonce aussi que les désinfectants physiologiques des matières fécales ne font plus leur office.

Il y a donc là des présomptions, mais avant de conclure il faudra déterminer exactement les causes qui suppriment ou affaiblissent les moyens de résistance de la muqueuse du gros intestin. L'étude du mucus humain, au point de vue de son pouvoir bactéricide, entreprise par Wurtz et Larmoyez (*Soc. de biologie*, 15 juillet 1893, fournira peut-être des indications utiles pour l'étude de cette question.

CLINIQUE CHIRURGICALE

STATISTIQUE ET OBSERVATIONS DE CHIRURGIE HOSPITALIÈRE,

Par le Dr POLAILLON,
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu, professeur agrégé à la Faculté,
Membre de l'Académie de médecine.

(Suite) (1).

XIV. — *Arthrite sèche.*

83 cas.

59 hommes	1 opéré,	1 guéri,	0 mort.
	58 non opérés,	58 améliorés,	0 mort.
24 femmes	1 opérée,	0 guérie,	1 mort.
	23 non opérées,	22 améliorées,	1 mort.

L'arthrite sèche, manifestation du rhumatisme chronique et de la goutte, lésion trophique sous la dépendance du tabès, a eu quelquefois pour cause occasionnelle un traumatisme du genou, une fracture de la jambe ou de la cuisse.

L'âge moyen des malades affectés d'arthrite sèche du genou, a été de quarante-six ans et demi. Elle a été rare avant trente ans (10 cas seulement.)

Le genou gauche a été plus souvent atteint que le droit, dans la proportion de 41 à 31. 8 fois les deux genoux étaient pris en même temps.

(1) Voir *Gazette médicale*, nos 44 et 45, 1893.

Les malades sont entrés à l'hôpital moins pour leur arthrite sèche du genou que pour les accidents intercurrents, poussées inflammatoires, douleurs occasionnées par des corps étrangers articulaires, épanchements synoviaux. Lorsque ces accidents avaient disparu, les malades retournaient chez eux, améliorés mais non guéris, après un séjour de dix-huit jours en moyenne.

Les accidents de l'arthrite sèche sont très sujets à récidiver. Je n'ai pas observé un exemple certain de guérison des arthrites sèches du genou.

13 fois le genou a été très déformé par des végétations osseuses de l'extrémité supérieure du tibia ou des condyles du fémur. Dans quelques-uns de ces cas, les ligaments étaient détruits. La jambe était mobile en tous sens, comme une jambe de polichinelle.

4 fois l'inflammation avait transformé l'arthrite sèche en une tumeur blanche; et sur ces 4 cas, 2 fois l'articulation suppura.

Le traitement de l'arthrite sèche du genou est surtout un traitement général, qui consiste en bains thermaux, bains de vapeur, administration des alcalins, du salicylate de soude, de l'iode et quelquefois des arsenicaux. Le traitement local est celui de l'arthrite, mais sans rechercher l'immobilisation absolue du membre.

Chez 2 malades, l'impossibilité complète de la marche, les douleurs et la destruction de tous les éléments de l'articulation, me décidèrent à faire l'amputation de la cuisse. L'un des opérés guérit, l'autre guérit aussi de son amputation, mais mourut de coma urémique (obs. 134.) plus de deux mois et demi après l'opération.

J'ai encore à signaler un cas de mort par ramollissement cérébral chez une malade non opérée, après un séjour de cinq mois et demi à l'hôpital (obs. 135.)

OBS. 134. — *Arthrite déformante du genou; impossibilité de marcher; amputation de la cuisse; guérison de l'amputation. Mort plus tard de coma urémique.* — La nommée B... (Amelina), âgée de 49 ans, blanchisseuse, entre dans mon service à la Pitié, le 20 juin 1889, pour une arthrite sèche du genou gauche.

Depuis trois ans, cette articulation a commencé à se déformer et la déformation a acquis progressivement un degré extrême.

Les condyles du fémur sont énormément tuméfiés. Ils forment à la partie antérieure du genou une saillie grosse comme une tête d'enfant de quatre ans. Le tibia, qui n'a pas subi une pareille déformation, est luxé en arrière. Les ligaments latéraux sont détruits, et le genou peut se mouvoir en tout sens comme une jambe de polichinelle, en faisant entendre des craquements caractéristiques. Le membre est raccourci de trois centimètres environ.

La malade ne peut plus s'appuyer sur son membre. Elle ne marche qu'avec des béquilles et souffre beaucoup pendant les mouvements imprimés au genou.

Elle paraît d'une bonne santé. Sa vie, forcément sédentaire, lui a laissé prendre un notable embonpoint. Elle paraît avoir des habitudes alcooliques.

Il n'y a ni albumine, ni sucre dans les urines.

Le 9 juillet. Amputation de la cuisse gauche au tiers inférieur. Suture. Pansement de Lister ouaté.

Les suites de l'opération sont simples et la guérison a lieu par réunion immédiate.

Amelina B... attendait un pilon pour sortir de l'hôpital, lorsque le 29 septembre, à six heures du soir, elle est prise subitement d'une attaque, avec coma, mouvements convulsifs du côté gauche.



Figure 5. — Énorme déformation produite par une arthrite sèche (dessin d'après une photographie). — Amputation de la cuisse.

L'examen des urines fait reconnaître une grande quantité d'albumine. Il s'agit donc d'accidents urémiques.

Le lendemain 30 septembre, elle meurt sans que le coma ait disparu.

A l'autopsie, on trouva un cœur graisseux, sans lésions des valvules, une aorte arthéromateuse. Les reins étaient légèrement rétractés et lobulés. A la coupe, lésions très accusées de néphrite interstitielle. Congestion des méninges des deux côtés, avec prédominance de la congestion à droite. Pas de lésions cérébrales. Congestion du poumon droit.

Obs. 135. — La nommée Célanie V..., chemisière, âgée de 66 ans, entre à la Pitié le 18 avril 1881. Elle porte une arthrite sèche très ancienne du genou gauche. Il s'est formé autour de l'articulation des abcès, qui se sont ouverts spontanément. Ces abcès sont lavés et pansés antiseptiquement. Ils ne communiquent pas avec l'intérieur de l'articulation. La malade est affaiblie; elle présente des signes de sénilité très avancée. Je cherche à améliorer l'état local et l'état général, car aucune opération n'est indiquée.

En effet, au bout de cinq mois, l'affaiblissement de la malade augmente. Elle devient gâteuse, et meurt, le 5 octobre, de ramollissement cérébral aigu.

XV. — *Tumeurs blanches, ostéo-arthrites.*

106 cas.

59 hommes.

30 non opérés :	3 guéris,	20 amél.,	5 non guéris,	2 morts
29 opérés :	26 —	1 —	1 —	1 —

47 femmes.

35 non opérées :	7 guéries,	17 amél.,	8 non guéries,	3 morts
12 opérées :	12 —	0 —	0 —	0 —

Comme pour les tumeurs blanches du pied, les tumeurs blanches du genou ont été plus fréquentes à gauche qu'à droite (56 tumeurs blanches au genou gauche, 42 au genou droit).

L'âge moyen des malades affectés de tumeur blanche du genou a été de trente-trois ans, tandis que l'âge moyen des malades affectés d'arthrite et d'hydarthrose a été de trente ans et de trente-un ans. Ces chiffres semblent indiquer que l'arthrite et l'hydarthrose sont les premiers stades de la tumeur blanche.

Voici, d'ailleurs, le tableau comparatif de la fréquence de l'hydarthrose, de l'arthrite, de l'arthrite sèche et de la tumeur blanche du genou aux différents âges. Pour 100 de chacune de ces affections, il y a eu :

	Hydarthroses.	Arthrites.	Arthrites sèches.	Tumeurs blanches.
de 16 à 20 ans	21,69	22,15	0	15,79
de 21 à 30 ans	36,14	34,89	10,97	33,68
de 31 à 40 ans	21,69	28,86	21,95	24,21
de 41 à 50 ans	13,25	6,04	26,83	14,74
de 51 à 60 ans	4,82	6,04	30,48	7,37
au-des. 61 ans	2,41	2,01	9,75	4,21

Sur les 106 tumeurs blanches que nous avons observées, 67 présentaient un épaississement de la synoviale et des fongosités, 39 étaient suppurées et, parmi ces dernières, 3 avec des abcès périarticulaire, 10 avec des fistules conduisant sur les extrémités osseuses et dans la cavité articulaire.

Toutes ou presque toutes ces tumeurs blanches étaient de nature tuberculeuse.

Les *tumeurs blanches non suppurées* furent traitées, les unes (au nombre de 50) par des moyens médicaux tels que révulsifs, injections interstitielles d'éther iodoformé, compression ouatée, immobilisation, extension continue; les autres (au nombre de 17) par des opérations diverses.

Les premières donnèrent les résultats suivants :

29 furent améliorées, les malades pouvant marcher à leur sortie de l'hôpital et étant dans les conditions de guérir par ankylose.

10 furent guéries par ankylose.

9 restèrent dans le même état, soit que les malades aient refusé le traitement ou l'opération, soit qu'ils aient été obligés de sortir inopinément.

2 malades moururent de tuberculose généralisée (obs. 137).

Les secondes, c'est-à-dire les *tumeurs blanches non suppurées qui furent traitées chirurgicalement*, donnèrent lieu à :

6 redressements sous le chloroforme et immob.	6	guérisons
2 ponctions et lavages articulaires..........	2	—
5 résections du genou....................	5	—
3 amputations de la cuisse...............	3	—
1 désarticulation du genou (obs.)...........	1	—

Pour les 39 *tumeurs blanches suppurées* j'ai pratiqué 26 opérations chez 24 malades, savoir :

3 incisions d'abcès circonvoisins et grattages,	3	guérisons
4 arthrotomies, grattages et lavages de l'articul. (un des malades subit 2 fois l'arthrotomie).	3	—
10 résections du genou.................. (un des malades subit 2 fois la résection et ces deux résections échouèrent (obs. 139).	9	—
9 amputations de cuisse..................	8	—
et une mort tardive par tuberculose (obs. 136)	1	mort

Chez 15 autres malades affectés de *tumeurs blanches suppurées*, j'ai dû m'abstenir de toute opération, chez les uns, parce que leur état général était trop grave, chez les autres, parce qu'ils ne se décidèrent pas à une intervention chirurgicale. Parmi ces 15 malades, 3 moururent dans le service, 2 de tuberculose pulmonaire, le 3e de pneumonie des vieillards (obs. 138, n° 3).

Je dois faire remarquer que la tuberculose pulmonaire ne m'a pas paru être invariablement une contre-indication d'opérer. Si, d'une part, la tumeur blanche est une cause de

grandes douleurs, de fièvre, d'insomnie ; si, d'autre part, les lésions pulmonaires ne sont pas très avancées, il ne faut pas hésiter à enlever un mal qui cloue les patients dans leur lit et contribue à les précipiter vers un dénouement fatal. Dans ces cas, c'est à l'amputation de la cuisse qu'il faut recourir. Après la suppression de la tumeur blanche, j'ai pu voir le malade récupérer l'appétit, engraisser, reprendre des forces, et la tuberculose pulmonaire s'arrêter dans sa marche, s'amender et tendre vers la guérison (obs. 140).

La durée du séjour à l'hôpital des malades affectés de tumeur blanche du genou a été extrêmement variable. Les uns, ne voulant pas s'astreindre à un traitement régulier, ne sont restés dans nos salles que quelques jours ; les autres sont sortis, seulement améliorés, ne voulant on ne pouvant pas attendre une guérison par ankylose, qui ne se serait peut-être pas produite. Ces malades améliorés ont séjourné en moyenne quatre mois à l'hôpital. L'un d'eux y est resté deux ans. Enfin plusieurs malades après être sorti du service, y sont revenus à diverses reprises parce que leur état s'était aggravé.

Je me suis abstenu d'opérer toutes les fois que la tumeur blanche tendait vers l'amélioration ou vers la guérison par ankylose. Mais lorsque la tumeur blanche s'aggravait, je pratiquais sans trop tarder l'arthrotomie ou la résection du genou.

Les faits de ma statistique m'ont montré que la résection ne donne pas de bons résultats, si les lésions sont trop avancées. Dans ce cas, il vaut mieux recourir à l'amputation de la cuisse. L'amputation est encore indiquée, toutes les fois que l'on a affaire à un malade affaibli, sous le coup d'une tuberculose pulmonaire commençante, et qu'il s'agit d'obtenir un rétablissement rapide.

Obs. 136. — *Tumeur blanche suppurée du genou ; amputation de la cuisse ; ulcération tuberculeuse tardive du moignon ; tuberculose pulmonaire ; mort.* — M... (Louis), garçon de salle, âgé de 26 ans, entre, le 11 juin 1880, pour une arthrite fongueuse du genou droit. On immobilise le membre dans un appareil ouaté et silicaté. Après un repos de quarante-cinq jours, M... sort de l'hôpital amélioré..

Mais, au bout de peu de temps, le 26 août de la même année, il rentre à l'hôpital. Son articulation est plus tuméfiée, plus douloureuse. Les extrémités articulaires participent à l'inflammation. Il y a de la fièvre. L'articulation tend à suppurer. Nouvelle immobilisation. Révulsion sur le genou. Traitement général.

La tumeur blanche reste à peu près stationnaire jusqu'au commencement de l'année 1881. Mais, à cette époque, la suppuration articulaire devient manifeste. Le genou du côté opposé commence à se prendre. Les sommets des poumons présentent quelques signes de tuberculose encore douteux.

Le 22 mars 1881, amputation de la cuisse au tiers inférieur. Réunion immédiate des parties profondes et réunion presque immédiate de la peau.

Six semaines après la cicatrisation, de petits abcès se forment au voisinage de la cicatrice de l'incision. Ces abcès, que je considère comme d'origine tuberculeuse, s'ouvrent spontanément. Peu à peu, les ouvertures s'agrandissent, se réunissent les unes aux autres et forment un large ulcère. Bien que l'extrémité du fémur fût recouverte par une épaisse couche de parties molles bien cicatrisées, elle finit par être mise à nu par l'ulcération progressive des tissus. Ce travail très lent amena la saillie de l'os.

En même temps le genou gauche se tuméfie de plus en plus, devient très douloureux et suppure évidemment. La tuberculose pulmonaire suit une marche progressive. Il se forme des cavernes, et le malade finit par succomber à la tuberculose pulmonaire le 2 mai 1882, treize mois et demi après son amputation.

Obs. 137. — *Deux cas de tumeurs blanches du genou non suppurées ; mort sans intervention chirurgicale :*

1° O... (Victor), journalier, âgé de 54 ans, entre le 24 octobre 1883, pour une tumeur blanche fongueuse du genou droit. Il est atteint d'une tuberculose pulmonaire très avancée. La lésion du genou est bien secondaire par rapport à la lésion des poumons. Toute intervention est contre-indiquée. On se borne à immobiliser le membre dans une gouttière. Au bout de vingt-cinq jours, le 18 novembre, Victor O... meurt de sa tuberculose pulmonaire.

2° F... (Emma), couturière, âgée de 28 ans, a une histoire identique. Entrée le 28 mars 1886 pour une arthrite tuberculeuse du genou gauche, elle succombe le 21 avril suivant, à une tuberculose pulmonaire galopante.

Obs. 138. — *Trois cas de tumeurs blanches suppurées ; mort sans intervention chirurgicale :*

1° G... (Marie), âgée de 37 ans, ouvrière à la manufacture des tabacs, a déjà fait dans le service un séjour de trois mois, en 1879, pour une tumeur blanche fongueuse du genou droit. Le 2 juin 1880, elle revient dans le service. La tumeur blanche est devenue suppurante. Mais elle a des cavernes dans les poumons. Elle meurt de tuberculose pulmonaire le 8 août suivant.

2° P... (Pierre), âgé de 47 ans, gainier, a eu l'avant-bras gauche amputé pour une tumeur blanche du poignet. Il entre à la Pitié, le 30 juin 1885, pour une tumeur blanche suppurée du genou droit. Il est en même temps atteint de tuberculose pulmonaire. Il aurait fallu faire l'amputation de la cuisse ; mais le mauvais état de sa santé fait repousser toute idée d'intervention. Le 14 mars, il meurt presque subitement ;

3° N... (Julie), ménagère, âgée de 75 ans, entre le 12 octobre 1883, pour une tumeur blanche suppurée du genou avec abcès circonvoisins. Son âge avancé, sa faiblesse, font renoncer à toute intervention. Elle contracte dans le service une pneumonie des vieillards et succombe le 31 octobre.

Obs. 139. — *Tumeur blanche suppurée du genou ; échec de deux résections ; amputation de la cuisse ; guérison.* — Le nommé B... (Jean-Baptiste), dessinateur, âgé de 33 ans, entre à l'Hôtel-Dieu, le 1er avril 1893, pour une tumeur blanche suppurée du genou gauche.

Antécédents héréditaires. Rien de particulier à noter du côté du père et de la mère. Cinq frères sont bien portants, sauf l'aîné qui est atteint, depuis environ deux ans, d'une bronchite.

Antécédents personnels. Pas de stigmates tuberculeux dans l'enfance ; ni gourmes, ni adénites. Pas de maladies aiguës. Syphilis contractée en 1890 ; plaques muqueuses pharyngées et anales.

Le début de l'affection articulaire remonterait à l'âge de huit ans. A cette époque, à la suite d'une chute dans un escalier, il aurait eu une arthrite. Après cette arthrite, qui

aurait suppuré pendant longtemps, il s'est formé une ankylose, à angle obtus. Le malade était à la campagne, loin de tout soin médical intelligent. La position vicieuse s'est établie progressivement sans qu'on ait cherché, non seulement à la corriger, mais même à l'empêcher de se produire. L'arthrite s'est guérie. Avec son ankylose, le malade a pu marcher depuis l'âge de neuf ans jusqu'à l'année dernière, sans jamais souffrir, sans ressentir de gêne au niveau de sa jointure. La marche s'exécutait sans le secours de canne, et le malade faisait même de longues courses.

Au mois de janvier 1892, survinrent des douleurs très vives dans le genou et, presque immédiatement, l'articulation augmenta de volume. Au bout de trois mois, l'articulation suppura. En juillet, on lui fit un grattage de l'articulation. Depuis cette époque, il a continuellement gardé le lit, souffrant beaucoup.

A l'Hôtel-Dieu, je constate que le genou est ankylosé à angle droit. Il y a plusieurs trajets fistuleux conduisant dans l'articulation et sur les extrémités osseuses. Fluctuation manifeste. Rougeur de la peau, chaleur.

L'état général est satisfaisant. Pas de lésion pulmonaire. Je conseille l'amputation, étant donnée l'étendue des altérations osseuses, mais le malade s'y refuse absolument. Devant ce refus, je tente la résection.

Le 4 avril. La résection du genou est pratiquée. Je suis obligé de scier le fémur à quatre ou cinq centimètres au-dessus des condyles. Du côté de la jambe, tout le plateau tibial et l'apophyse styloïde du péroné sont sectionnés. Malgré une suture osseuse, les os ne sont pas facilement maintenus en place. Immobilisation dans un appareil plâtré, après pansement de Lister et drainage.

Les suites de l'opération ne sont pas mauvaises. Pas de fièvre. Mais, au bout de cinq à six jours, on constate l'apparition d'une mauvaise odeur au niveau de l'articulation.

Le 15 avril, 1er pansement. Les points de suture n'ont pas lâché; malgré la suppuration qui est assez abondante. Pansement iodoformé.

Le 21 avril, 2e pansement. Les lèvres de la plaie sont désunies et le fémur fait saillie, sur une largeur d'environ quatre centimètres.

Le 25 avril, on renouvelle le pansement.

Le 1er mai. Chloroformisation. Résection de la partie du fémur qui fait saillie à travers les lèvres de la peau. Adaptation, aussi exacte que possible, du fémur et des os de la jambe. Pansement iodoformé. Attelle plâtrée.

Les jours suivants, pas de fièvre. La plaie continue à suppurer et les pièces du pansement sont traversées par le pus qui répand une assez forte odeur.

Le membre est à peu près dans le même état qu'avant la seconde résection, c'est-à-dire dans un état déplorable, qui me fait perdre tout espoir de le conserver.

Au pansement suivant, je constate que le fémur fait encore saillie à travers la plaie. Son extrémité, blanche, est dépourvue de toute vitalité.

Je fais comprendre au malade que l'amputation de la cuisse est inévitable et qu'il ne peut plus conserver son membre.

Le 16 mai. Amputation de la cuisse à la partie inférieure. L'opération est fort simple. La jambe ne tenait plus à la cuisse, que par les parties molles du creux poplité. Drainage; suture du lambeau au crin de Florence; pansement de Lister; compression ouatée avec une bande de toile.

Le 26 mai, 1er pansement. Réunion immédiate.

Le 9 juin, l'opéré va en convalescence à Vincennes.

OBS. 140. — *Tumeur blanche du genou chez un jeune homme atteint de tuberculose pulmonaire; amputation de la cuisse; tuberculose pulmonaire très améliorée* (obs. publiée *in* Bul. de la Soc. de Chir., 4 juillet 1883, p. 577). — Chas... (Antoine), âgé de 19 ans, garçon nourrisseur, entre le 19 février 1883, à la Pitié, salle Broca, n° 37.

Parents bien portants. Pas de maladies antérieures. Pas d'accidents scrofuleux apparents.

Il est malade depuis deux ans. Il a commencé par avoir de la gêne dans le membre inférieur gauche pendant la marche. Puis son genou est devenu un peu douloureux, sans cause appréciable. Il continua cependant à marcher. Peu à peu le genou augmenta de volume. La gêne et la douleur pendant les mouvements devinrent de plus en plus considérables. Il fut obligé de s'aliter quinze jours avant son entrée à l'hôpital.

Actuellement le genou gauche est gonflé, sphérique, deux fois plus volumineux que celui du côté opposé. Les muscles de la jambe et de la cuisse sont atrophiés. La peau est saine, sans fistule. La rotule est peu mobile. Presque pas d'épanchement articulaire, si ce n'est à la partie interne de l'articulation, où l'on rencontre un point fluctuant. Le gonflement est surtout produit par une tuméfaction des extrémités articulaires et, en particulier, du tibia. Pas de frottements pendant que l'on imprime des mouvements de flexion et d'extension. Les mouvements communiqués sont très limités et douloureux.

Les poumons ne paraissent pas malades. Toutes les fonctions se font assez bien. Amaigrissement.

Le 23 février. Pointes de feu multipliées sur le genou, compression ouatée et immobilisation dans un appareil silicaté.

Séjour de plusieurs semaines à l'hospice de Vincennes pendant le mois d'avril.

A la fin d'avril, Chas... (Antoine) rentre à la Pitié. Son état général est à peu près le même; mais la tumeur blanche du genou s'est aggravée. Les douleurs sont devenues très intenses. L'articulation a augmenté de volume. Elle est chaude, fluctuante. La peau est amincie en plusieurs points, et il est évident qu'elle ne tardera pas à se perforer.

M. Polaillon observe attentivement le malade pour savoir s'il doit faire la résection du genou ou l'amputation de la cuisse. Mais les manifestations tuberculeuses du côté du poumon lui font rejeter l'idée d'une résection.

En effet, on trouve aux deux sommets de la poitrine, en avant et en arrière, une submatité marquée. A l'auscultation la respiration est rude et l'expiration prolongée. On entend, en outre, pendant l'inspiration, en avant et à droite, des craquements secs, qui sont très nets. Le malade tousse et crache, mais il n'a pas encore eu d'hémoptysie. Il est évident qu'il y a un commencement de tuberculose pulmonaire, et que la tumeur blanche est très probablement de nature tuberculeuse.

Les douleurs du genou, la suppuration intra-articulaire, le séjour au lit, la fièvre produite par l'affection articulaire, met le patient dans de mauvaises conditions pour résister à l'évolution de la tuberculose. M. Polaillon pense qu'en supprimant, par une amputation de la cuisse, toutes ces causes d'affaiblissement, il améliorera les conditions du malade au point de vue de la tuberculose pulmonaire et prolongera ses jours.

Le 6 juin. Amputation de la cuisse gauche au tiers inférieur

par la méthode circulaire. Spray. Ligature au catgut. Drain. Suture. Pansement de Lister.

Le 8. Premier pansement. Ablation d'un drain.

Le 11. Deuxième pansement. Ablation de deux fils de suture.

Le 14. Troisième pansement. Ablation du second drain et de tous les fils de suture. Réunion immédiate dans la profondeur.

Le 22. La guérison est complète. Il n'y a plus qu'un point bourgeonnant à l'extrémité interne de la cicatrice, dans le lieu où passait l'un des drains. Le malade a engraissé et va très bien.

Il se lève depuis le 18 juin.

Le 26. Les craquements constatés au sommet du poumon droit n'existent plus. La respiration reste rude aux sommets. La percussion donne encore de la submatité. Le malade ne tousse plus du tout.

Examen du membre amputé. La cavité articulaire du genou est remplie d'un liquide séro-purulent et de fongosités. La synoviale a disparu par places. Les cartilages articulaires sont peu altérés sur la rotule, mais sur le fémur et surtout sur le tibia, ils sont très altérés, amincis et manquant dans beaucoup de points. Les ligaments sont relâchées. Le cartilage semi-lunaire interne a été détruit. Une coupe suivant la longueur du tibia montre, non seulement au voisinage de la surface articulaire, mais encore à une grande distance de celle-ci, dans le canal médullaire de la diaphyse, des îlots de tissu jaune infiltré de pus, ayant vraisemblablement une origine tuberculeuse. Cette altération très étendue du tibia prouve qu'une résection n'aurait pas pu réussir.

Examen histologique par M. Sapelier, interne du service. Le plateau du tibia a été décalcifié par l'acide formique à 1/3, puis traité par la gomme et l'alcool. Sur des coupes perpendiculaires à sa surface, nous avons pu constater que la substance osseuse est réduite à l'état de minces travées et que la moelle, revenue à l'état embryonnaire, ne contient plus qu'une très petite quantité de vésicules adipeuses. Au centre de cette substance médullaire, on voit quelques granulations tuberculeuses isolées et absolument caractéristiques. Les coupes des fongosités nous ont fait constater l'existence de tubercules isolés. La nature tuberculeuse de l'affection ne peut donc être mise en doute.

(A suivre.)

REVUE DES JOURNAUX

BACTÉRIOLOGIE.

I. — SUR UN BACILLE QUI OCCASIONNE LA GINGIVITE ET LES HÉMORRHAGIES DANS LES CAS DE SCORBUT, par le prof. V. BABES. (*Deutsche medicin. Wochenschrift*, 1893, n° 43, p. 1035.)

I. — Au début de son travail, M. Babès rappelle que jusqu'ici nous ne connaissions pas d'une façon précise l'étiologie du scorbut. On a attribué cette maladie à des causes banales, qu'on a invoquées pour bien d'autres affections, telles que le surmenage musculaire, la mauvaise qualité des eaux potables, une alimentation pauvre en végétaux, etc. Dès 1891, au congrès d'hygiène de Londres, M. Babès avait montré que les prétendues causes du scorbut n'agissent en somme qu'à titre d'influences prédisposantes, et qu'il y avait lieu de ranger cette maladie parmi les infections hémorrhagiques, le germe présumé de cette infection s'insinuant à travers la muqueuse des saillies alvéolaires de la mâchoire supérieure.

Dans le courant des mois de mars et avril derniers, M. Babès a eu l'occasion de voir, à l'hôpital militaire de Jassy, 16 soldats affectés du scorbut, appartenant tous au même régiment. Ces hommes avaient passé un hiver extrêmement rigoureux dans des conditions déplorables d'hygiène. M. Babès est entré dans des détails au sujet des symptômes présentés par ces malades, pour montrer qu'il s'agissait bien du scorbut. Passons sur cette partie de son travail pour ne nous occuper que de celle qui a trait aux recherches bactériologiques de l'auteur :

De petits fragment de muqueuse ont été extirpés chez deux malades au niveau du bord libre des gencives ; cette petite opération, soit dit en passant, n'a pas entraîné d'hémorrhagie bien abondante. Le sang a été examiné au microscope ; on a constaté une légère diminution du nombre des globules rouges, sans altérations de la forme de ces organites, et une légère leucocytose.

On a fait également l'examen microscopique des fragments de gencives ; les uns ont été examinés à l'état frais, les autres après durcissement dans l'alcool. Ce premier examen a démontré la présence d'un bacille caractéristique dans les fragments de tissus. On a inoculé ensuite à des animaux, dans le péritoine et dans les veines, du sang frais ou desséché, recueilli chez des sujets qui présentaient encore les symptômes caractéristiques du scorbut. Deux de ces expériences, faites sur des lapins, ont donné des résultats positifs. Un des animaux, une femelle pleine, a présenté cinq jours après l'inoculation des hémorrhagies sous-cutanées très étendues, qui occupaient tout le côté gauche de la région abdominale. A l'autopsie des animaux on a constaté d'autres ecchymoses dans la profondeur des muscles, dans le foie mais surtout à la surface du duodénum et des autres parties de l'intestin. Les fœtus présentaient également des hémorrhagies punctiformes de la peau et des séreuses. Chez l'autre lapin, qui a succombé au bout de six jours, on a également constaté de petits foyers hémorrhagiques dans le tissu sous-cutané et à la surface des séreuses.

Des ensemencements fait avec du sang recueilli chez des malades scorbutiques ont également donné des cultures du nouveau bacille.

D'autre part, ce dernier a été constaté à l'examen histologique des fragments de gencives, provenant des malades dont il a été question plus haut. Voici en substance quels ont été les résultats de cet examen histologique : le rebord des gencives était en majeure partie dépouillé de son épithélium et tapissé par une couche pâle, épaisse, d'une structure assez semblable à celle des membranes diphthéritiques ; à sa périphérie, cette couche logeait des bactéries de différentes espèces, notamment des streptocoques. A sa limite inférieure, cette couche était bordée par une autre d'une épaisseur de 0 μ 1, laquelle était colorée par le bleu de Loeffer et se présentait sous les dehors d'un feutrage serré. Ce feutrage était constitué par l'assemblage de bacilles extrêmement fins, longs, incurvés, souvent ondulés. Au-dessous de cette seconde couche, la muqueuse présentait des altérations spéciales ; elle était œdémateuse ou infiltrée d'un exsudat granuleux, parsemée de bacilles, etc.

Voici, d'autre part, les caractères morphologiques attribués par Babès à son nouveau bacille : celui-ci est allongé, incurvé,

pointu à ses deux bouts, long d'environ 3 µ et large de 0 µ 3 ; on trouve cependant des échantillons qui ont une longueur double. Dès le début de son évolution, ce bacille manifeste une tendance à fabriquer des corpuscules métachromatiques décrits par M. Babès, corpuscules qui se colorent en violet foncé quand on les traite par le bleu de méthyle, et qui, d'une épaisseur plus grande que les bacilles, sont très faciles à distinguer. Le bacille lui-même se colore très difficilement par la rubine et pas du tout par le procédé de Gram.

Il a été très difficile d'obtenir des cultures de ce bacille, parce que, dans tous les milieux de culture utilisés *ad hoc*, on voyait végéter d'une façon exubérante un streptocoque qui se rencontre en très grande abondance à la surface des gencives. Toutefois, dans des essais faits sur des plaques d'agar, on a pu découvrir à la loupe, entre les colonies de streptocoques toujours très nombreuses, d'autres colonies de plus grandes dimensions, plus jaunâtres, constituées par le nouveau bacille, ainsi qu'on pouvait s'en convaincre par l'examen microscopique. M. Babès ayant acquis la preuve que les streptocoques préparent le terrain de culture pour l'éclosion du nouveau bacille, et que ce dernier périt ensuite au bout d'un temps très court, procéda de la façon suivante : il ensemença des cultures fraîches du nouveau bacille dans un mélange d'agar et de glycérine, qui précédemment avait servi à la culture du streptocoque, et qui avait été stérilisé à nouveau. Dans ces conditions, il a vu éclore des colonies du nouveau bacille qui étaient à peine visibles au bout de vingt-quatre heures, et qui, au bout de quatre jours, atteignaient à peine le volume d'un grain de chènevis. Ces colonies faisaient une saillie très nette, convexe, bien délimitée ; elles étaient jaunâtres par transparence ; elles étaient constituées par de fines granulations. A leur surface on découvrait plusieurs petits dépôts granuleux bien circonscrits, d'un diamètre de 0 µ 1 à 0 µ 3 de diamètre. Somme toute, ces colonies sont très faciles à distinguer de celles fournies par le streptocoque. Dans une colonie âgée de 8 jours, les bacilles présentent le même aspect que ceux que l'on trouve dans les tissus.

Le nouveau bacille ne végète pas, ou très faiblement, à la température de 22°. En se développant dans le bouillon, il communique à celui-ci un léger trouble ; sur le fond du vase il se forme un sédiment jaunâtre, opaque, à gros flocons.

Dans de l'agar additionné de sucre, le nouveau bacille ne se développe que superficiellement, caractère qui peut contribuer à distinguer ce nouveau microorganisme des streptocoques qui sont davantage anaérobies.

Ainsi qu'il a déjà été dit, les inoculations faites avec une émulsion du bacille ont déterminé la mort des animaux au bout de six à huit jours, après avoir provoqué des hémorrhagies considérables. Mais les cadavres des deux lapins qui ont servi à ces expériences renfermaient un autre bacille, dont les caractères rappelaient davantage le bacille de la septicémie des lapins. D'autres animaux, auxquels on a inoculé des fragments d'organes provenant des deux cadavres, ont péri en l'espace de un à trois jours, après avoir présenté les symptômes de la forme de septicémie en question. Dans ces conditions il était impossible d'inoculer le nouveau bacille directement de l'homme à différentes générations successives d'animaux.

Les inoculations de cultures pures du nouveau bacille, pratiquées chez des lapins et des cobayes, ont fait périr ces animaux au bout de six à dix jours, quand les doses employées étaient assez fortes. A l'autopsie des animaux, on a trouvé des hémorrhagies disséminées dans le tissu cellulaire sous-cutané et à la surface des séreuses.

Selon toute vraisemblance, le nouveau bacille, étudié par Babès, habite la cavité buccale dans les circonstances normales, et ne pénètre dans la muqueuse des gencives que chez les sujets ayant subi l'influence délétère de certaines conditions prédisposantes.

E. RICKLIN.

A PROPOS DE LA CIRCULATION DU SANG

Le nom de Harvey est inséparable de la découverte de la circulation, cette grande fonction qui prime toutes les autres. Aussi ne peut-on s'étonner qu'il réapparaisse fréquemment, soit dans la clinique, où les faits nous obligent à l'évoquer pour ainsi dire journellement, tantôt sous la plume des hommes de science désireux de connaître les phases par lesquelles a passé la gestation d'une des plus grandes vérités physiologiques modernes. Un de ces derniers, M. Folet, vient précisément de lui consacrer un long article d'érudition et de critique dans la *Revue Rose hebdomadaire*. Simultanément, et par une coïncidence heureuse, M. Potain en a fait le sujet de sa leçon d'ouverture à l'hôpital de la Charité. On trouvera à ces deux sources des indications également précieuses.

M. Folet a fait une reconstitution très consciencieuse des différentes étapes que la découverte de Harvey a parcourues avant d'acquérir le rang de notion définitivement acquise. Il a cherché à montrer que cette notion qui nous apparaît aujourd'hui, avec le recul de la postérité, comme un solide bloc de vérités inséparables, s'est, pour les contemporains de Harvey, édifiée lentement et pièce à pièce. S'il est vrai que Harvey a le mérite incontestable de lui avoir donné sa formule définitive, il est vrai aussi que son œuvre a été préparée par d'autres qui ont accumulé les matériaux grâce auxquels celle-ci a été rendue possible. Le physiologiste anglais a donc eu des précurseurs, ainsi qu'il arrive pour les initiateurs de toutes les grandes conquêtes scientifiques. Mais aussi, d'après une loi également traditionnelle, il a rencontré, même parmi les plus grands esprits de son temps, des contradicteurs avec lesquels il dut soutenir une lutte prolongée. M. Folet a justement fait le procès de ces détracteurs dont l'opposition, pour le grand nombre du moins, s'expliquait par l'ignorance ou mieux encore par cette paresse d'esprit, en honneur à toutes les époques, en vertu de laquelle chaque génération se montre rebelle aux nouveautés qui heurtent les idées reçues et froissent les préjugés consacrés par le temps. Du moins, on ne peut expliquer autrement que par ce dernier motif l'hostilité persistante de certains savants illustres de l'époque, tels que Riolan et Descartes, c'est-à-dire précisément ceux dont Harvey appréciait le plus le jugement et recherchait le plus volontiers l'adhésion.

Ces deux grands esprits cherchèrent à esquiver la vérité en imaginant des hypothèses compliquées que leur complexité même, jointe au manque de preuves expérimentales, infirmait pour ainsi dire par avance et frappait de nullité. D'autres, comme Guy Patin, firent intervenir le principe d'autorité, se lamentant sur la licence des idées nouvelles dans lesquelles ils croyaient voir une sorte de levain révolutionnaire. On n'est

pas moins étonné de voir figurer parmi les détracteurs des écrivains célèbres, dont le renom n'avait guère à gagner à cette immixtion dans une querelle que le simple bon sens leur commandait d'éviter. C'est du moins ce que rapporte M. Folet, qui a retrouvé les preuves documentaires de cette participation de deux hommes illustres à un débat d'ordre purement scientifique. Il n'y eût-pas jusqu'au roi de France qui ne trouvât moyen de s'immiscer dans celui-ci, d'ailleurs au grand bénéfice de la découverte de Harvey, car le triomphe de celle-ci fut décidée après cette intervention personnelle du roi-soleil. Quoi qu'il en soit, M. Folet croit pouvoir tirer de ses recherches concernant l'histoire des vicissitudes subies par la plus grande des conquêtes biologiques modernes une conclusion assez encourageante : à savoir que la vérité possède en elle-même une force irrésistible, et que tôt on tard elle vient à bout de tous les obstacles. Cette proposition n'est pas neuve, sans doute, néanmoins il faut l'enregistrer précieusement, comme un stimulant et un réconfort pour les initiateurs et les inventeurs de tous les temps. C'est que les faits démontrés possèdent une puissance intrinsèque devant laquelle il faut toujours s'incliner. M. Folet a eu raison d'affirmer une fois de plus cette remarque, en manière de paragraphe aux intéressantes recherches bibliographiques d'où la gloire du physiologiste anglais se dégage encore plus rayonnante. C'est un petit point d'histoire sur lequel nous serons désormais fixés. Une conclusion assez analogue, et tout aussi favorable à Harvey, peut se déduire des considérations que M. Potain a développé l'autre jour devant ses auditeurs. L'éminent professeur considère Harvey comme un moderne et trouve un grand enseignement dans l'étude de son œuvre. Celle-ci a rencontré de très grandes difficultés, résultant pour une bonne part des doctrines erronées qui avaient eu cours jusqu'à lui, et du crédit dont ces doctrines jouissaient encore parmi les hommes de sa génération. C'est à l'étude de l'anatomie comparée et aux vivisections, deux moyens dédaignés par ses prédécesseurs, que le médecin anglais dut d'arriver à dégager nettement la notion du déplacement du sang dans les vaisseaux et de pouvoir affirmer ainsi sa précieuse découverte. La série des déductions par lesquelles il fut amené à réaliser celle-ci pourrait être citée comme un modèle d'analyse physiologique. Assurément il laissa beaucoup à faire après lui, et ses successeurs immédiats ou éloignés, Malpighi, Lavoisier, Cl. Bernard, Chauveau, Marey, trouvèrent encore une ample moisson à recueillir dans le champ qu'il avait si bien cultivé. Mais l'édifice était fondé, et ceux qui vinrent après lui n'eurent guère qu'à compléter une œuvre que le temps devait consolider, à l'inverse de ce qu'il fait pour tant de systèmes. On peut appliquer précisément cette dernière réflexion aux contradicteurs de Harvey, attendu que les hypothèses proposées par eux pour remédier aux soi-disant lacunes de sa découverte ont dû être abandonnées les unes après les autres, comme insuffisantes, grossières ou erronées. M. Potain a très opportunément cité ici le nom de Descartes, déjà mis en cours par M. Folet, et qui eut le grand honneur de mériter la réplique de Harvey. On est confondu de voir ce grand esprit, un des premiers de son temps, s'égarer dans des conceptions bizarres qui n'imposent pas plus la conviction, loin de là, que celles de son puissant adversaire.

En effet, Descartes alla jusqu'à méconnaître la portée des expériences instituées par lui-même sur les animaux, substituant volontairement des conclusions d'ordre purement imaginatif aux données tangibles qui s'en dégageaient. M. Potain a fait ressortir cette erreur qui ne saurait d'ailleurs à elle seule ternir la gloire que méritent, d'autre part, le philosophe et le mathématicien. Une si grande différence dans les résultats, de la part de deux hommes également bien doués, ne peut s'expliquer que par une cause profonde, par une différence radicale dans les sources du raisonnement. Harvey était sans doute l'homme de l'expérimentation et du fait, interprétant celui-ci par déduction, sans parti pris : tandis que Descartes procédait d'une manière inverse, se fiant à la puissance de son esprit, et donnant le pas aux inductions que sa pensée engendrait sur les résultats tout matériels de l'observation. Tel est sans doute le secret de leur destinée différente, relativement à cette grande découverte de la circulation du sang, dont Harvey peut revendiquer à peu près exclusivement la gloire. On peut conclure de cette comparaison à la supériorité de la méthode expérimentale, en tant que moyen d'information et de progrès pour les sciences biologiques. Il s'en dégage aussi certaines conclusions qui peuvent être utilisées dans la pratique de chaque jour : en particulier, celle-ci, qu'il est nécessaire de savoir attendre toutes les fois que l'expérimentation ou l'observation sont insuffisantes pour autoriser des déductions certaines. C'est pour avoir su mettre cette vérité en action que certains physiologistes, comme Lavoisier, nous ont laissé une trace lumineuse. En effet, dans leur œuvre, nulle hypothèse conjecturale, nulle théorie hasardée qui vienne altérer ou amoindrir l'éclat des découvertes réalisées ! Mais par contre, que de fautes commises chaque jour, que d'erreurs consommées par l'oubli d'un précepte si simple ! P. M.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

DE LA MÉNINGITE TUBERCULEUSE CHEZ L'ENFANT, par le Dr E. TCHOULL, de Troyes. Prix : 3 francs — (Sociétés d'éditions scientifiques, 4 rue Antoine-Dubois.)

L'auteur, dont la compétence dans l'étude de la tuberculose s'est affirmée déjà par plusieurs travaux importants sur ce sujet, est convaincu, à l'encontre de la plupart des contemporains, de la guérison possible de la méningite tuberculeuse. Ayant en vue surtout un but pratique, il s'est abstenu de détails trop étendus sur l'historique et l'anatomie pathologique de cette affection, mais a développé avec soin les chapitres si importants du diagnostic et du traitement.

Ce petit livre sera lu avec fruit par tous les praticiens ; il sera de même utile aux mères, à qui sont indiqués les moyens de préserver, dans la mesure du possible, leurs enfants plus ou moins prédisposés, et d'appeler à temps le médecin quand apparaîtront les signes précurseurs de cette terrible maladie.

Notes bibliographiques.

ENCYCLOPÉDIE SCIENTIFIQUE DES AIDE-MÉMOIRE, publiée sous la direction de M. H. LÉAUTÉ. (Paris, G. Masson.) — Cette collection comprendra environ 300 volumes et embrassera toutes les sciences appliquées. Elle se divise en *Section de l'ingénieur* et *Section du biologiste*. Chaque volume résume l'état de la science sur une question. Parmi les volumes parus qui peuvent intéresser les médecins, à citer : la *Technique bactériologique*, par

A. Wurtz ; le *Délire chronique*, par Magnan et Sérieux ; la *Technique d'électro-physiologie*, par G. Weiss ; la *Séméiologie gynécologique*, par M. Auvard. La Nouvelle Encyclopédie, conçue sans esprit de parti, ce qui est rare dans les choses de la médecine, est appelée à un grand succès.

Bibliothèque scientifique rétrospective. (Paris, G. Masson) — Cette publication a pour but de faire connaître au public quelques-uns des chefs-d'œuvre classiques des maîtres de la science, chefs-d'œuvre trop souvent ignorés par ce temps de production hâtive ! *Lavoisier*, avec ses travaux sur la *Chaleur et la respiration*, *Bichat* avec ses pages sur la *Mort par asphyxie*, ouvre la série qui comprendra une dizaine de brochures.

A. Proust. — La Défense de l'Europe contre le choléra. (Paris, G. Masson, 1 vol. in-8.) — Cette question, d'un puissant intérêt et d'une redoutable actualité, est traitée par l'auteur avec une compétence dont il a donné des preuves pendant la conférence internationale de Venise. Il est destiné aux hommes politiques autant qu'aux médecins, et les discours prononcés en 1891 au Congrès d'hygiène de Londres, par Cunningham et Lawson, qui ne croient pas à la transmission du choléra, moutrent suffisamment que le livre de M. A. Proust vient à une heure utile.

Encyclopédie des aide-mémoire. (Paris, G. Masson.) — Trois nouveaux volumes viennent de paraître dans cette intéressante collection. MM. H. Polin et H. Labet ont consacré une étude à l'*Examen des aliments suspects*, indiquant les procédés pour reconnaître leurs altérations accidentelles et leurs falsifications, ainsi que le moyen d'y remédier. M. Ch. Féré a étudié l'*Epilepsie*, et M. Laveran a traité la question du *Paludisme* dont il a découvert, comme on sait, l'hématozoaire. Au total 3 bons livres, utiles à lire.

N. Gamaléia. — Les Poisons bactériens, 1 vol. in-12 (Rueff et Cie, Paris). — C'est une étude sommaire de la science des poisons engendrés par les microbes, de leur nature chimique, de leur mode de production et de leur action sur les animaux. C'est la science des poisons bactériens qui conduira un jour à découvrir les moyens de créer l'immunité dans les maladies infectieuses.

H. Bourges. — La Diphthérie. 1 vol. in-12. (Paris, Rueff et Cie.) — Comme les moyens de reconnaître le bacille de la diphthérie jouent un grand rôle dans le diagnostic, l'auteur s'est longuement étendu sur la bactériologie de la maladie. Peut-être son livre eût-il gagné en intérêt, si la thérapeutique avait été plus largement traitée.

E. Mosny. — La Broncho-pneumonie, 1 vol. in-12 (Paris, et Cie.) — Bon résumé pour les médecins, d'une question bien discutée depuis quarante ans. La partie bactériologique est traitée avec une remarquable compétence. Mais ici encore, une partie thérapeutique qui aurait pu être plus étendue.

A. R.

VARIÉTÉS.

LE CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — LA NOUVELLE ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE DE WASHINGTON.

Le cadre du Corps de santé américain comporte :

1 chirurgien général avec le rang de brigadier général ;

6 chirurgiens généraux adjoints, rang de colonel ;

10 chirurgiens généraux suppléants, rang de lieutenant-colonel ;

15 chirurgiens, rang de major ;

125 aides-chirurgiens, rang de premier lieutenant pendant les cinq premières années et de capitaine à partir de la sixième année de grade.

L'effectif de l'armée américaine est de 25.000 hommes.

L'avancement a lieu à l'ancienneté ; des examens probatoires sont toutefois nécessaires pour la nomination des aides-chirurgiens du rang de premier lieutenant à celui de capitaine, et de capitaine à major.

Le chirurgien général reçoit, sans les indemnités, 27.500 fr. par an ; le chirurgien général adjoint, 22.500 ; le chirurgien général suppléant, 20.000 ; le chirurgien 12.500 ; l'aide-chirurgien, 8.000.

Toutes ces soldes sont majorées de 1/10 tous les cinq ans, jusqu'à un maximum de 40 pour 100 ; c'est ainsi que la solde d'aide-chirurgien, portée à 10.000 fr. quand il passe capitaine, atteint, après vingt ans de service, 14.000 fr. par an.

Chacun de ces officiers a droit à un congé d'un mois, à solde entière, par an ; s'il n'en jouit pas pendant quatre ans, il peut recevoir après ce délai un congé de quatre mois à solde entière. La retraite est acquise après quarante ans de service et prononcée d'office à 64 ans. Le montant de la retraite s'élève aux trois quarts de la solde d'activité du titulaire au moment de sa radiation.

Le recrutement du corps s'effectue parmi les jeunes diplômés des facultés reconnues ayant subi avec succès un examen devant un jury (Board) spécial, se réunissant deux fois par an, en avril et en octobre. Le chiffre des candidats à admettre, qui dépend des vacances prévues, n'est jamais fort élevé ; il est de six pour l'exercice actuel.

Le candidat doit justifier de sa qualité de citoyen américain, être âgé de 22 ans au moins et de 28 ans au plus, présenter un diplôme d'une faculté de médecine régulière, en même temps qu'un certificat signé de deux médecins d'une honorabilité reconnue, constatant ses capacités professionnelles et garantissant les références morale d'usage.

Il subit avant toute épreuve un examen physique, et signe une déclaration d'après laquelle il affirme ne présenter « ni infirmité physique, ni incapacité mentale » pouvant faire obstacle à l'accomplissement des devoirs professionnels militaires. Les vices de réfraction qui ne sont ni très développés, ni accompagnés de lésions matérielles, et peuvent être corrigés par des verres appropriés sont compatibles avec le service médical.

L'examen technique porte sur l'arithmétique, la géométrie, l'histoire et la littérature, la chimie, la physique, l'anatomie, la physiologie, la chirurgie, l'hygiène, la pathologie et la bactériologie, la thérapeutique, la matière médicale et la toxicologie, la médecine pratique, l'obstétrique et les maladies des femmes et des enfants, la clinique médicale et chirurgicale, et la médecine opératoire.

Jusqu'à présent, les jeunes gens ayant subi ce concours avec succès étaient immédiatement admis dans les rangs de l'armée. Un ordre ministériel du 24 juin 1893 crée, sur la proposition du chirurgien général, une *faculté* de médecine militaire, destinée à compléter leur instruction médicale et militaire. Cette faculté est installée à Washington, à l'« *Army medical Museum* », qui renferme, comme on sait, la collection la plus complète du monde entier en pièces chirurgicales, legs de la guerre de Sécession, si admirablement utilisé par Otis.

Le doyen de la nouvelle faculté est le colonel Charles-H. Alden, chirurgien général adjoint, chargé, en outre, de l'enseignement « des devoirs des médecins militaires en temps de guerre ».

Les autres professeurs sont :

Le lieutenant-colonel William-H. Forwood ; chirurgie militaire ; soins des blessés en temps de guerre et administration des hôpitaux ;

Le major John-S. Billings, chirurgien ; hygiène militaire. Billings est le rédacteur en chef de la revue bibliographique bien connue, l'*Index medicus*, et en outre le directeur de cet autre monument bibliographique l'*Index catalogue of the Library of the Surgeon General's Office*. La bibliothèque du bureau du chirurgien général de l'armée est une dépendance de l'*Army medical Museum* ; les élèves ont donc à leur disposition un musée pathologique spécial et une bibliothèque de tout premier ordre. Aucune autre ville des Etats-Unis ne pouvait présenter semblables ressources.

Le major Charles Smart, chirurgien ; médecine militaire, chimie médicale ; directeur du laboratoire de chimie ;

Le capitaine Walter Reed, aide-chirurgien ; micrographie clinique et hygiénique ; directeur du laboratoire d'anatomie pathologique ;

Le capitaine Julian, M. Cabell, aide-chirurgien ; adjoint au professeur de chirurgie militaire et instructeur militaire.

Les leçons auront lieu de 9 heures à midi et de 1 heure à 4 heures tous les jours du 1er novembre du 28 février inclus, à l'exception des samedis et dimanches des jours de fêtes légales et de la semaine commençant le 25 décembre.

A l'issue des cours, les élèves subissent un examen de classement.

L'aide-chirurgien, à sa sortie de l'école de Washington, sera désigné pour servir en sous-ordre dans un poste militaire important où il sera initié aux règlements militaires, à la rédaction des rapports, en un mot à tout ce qu'il lui est nécessaire d'acquérir pour être à la hauteur des devoirs de chef de service. Il sera ensuite nommé dans un poste de la frontière, où il passera quatre ans avant de recevoir une résidence de l'intérieur.

A l'avenir, du reste, les aides-chirurgiens, avant de passer au grade supérieur, seront tous appelés pour un an en service dans un des grands centres médicaux des États-Unis, où ils pourront se retremper dans la fréquentation des cours des hôpitaux et des sociétés scientifiques A la fin de cette année, ils adresseront au chirurgien général un rapport détaillé où ils mettront en lumière les acquisitions professionnelles qu'ils auront retirées de ce séjour.

L'organisation administrative de la nouvelle faculté militaire n'offre rien de bien particulier à noter. Le doyen est responsable de la discipline intérieure ; le plus jeune professeur remplit les fonctions de secrétaire. Un conseil de faculté a lieu le premier lundi de chaque mois, d'octobre à mars, ou aussi souvent que le chirurgien général le juge à propos ; les résolutions, relativement aux questions de scolarité, aux instruments à acheter, etc., sont soumises à l'approbation du chirurgien général. Un rapport est établi en fin d'exercice par le président, sur le fonctionnement de l'école pendant l'exercice écoulé, et sur les résultats de l'examen terminal des aides-chirurgiens. (*Arch. de méd.*) R. L.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris.

Par arrêté du 31 octobre, M. Laudowski (Stanislas) est nommé pour l'année scolaire 1893-1894 préparateur d'anatomie.

Faculté et écoles des départements.

Faculté de médecine de Lille. — Par arrêté du 30 octobre, M. Hérin est nommé aide-préparateur de pharmacie.

Par arrêté du 3 novembre, M. Louis Georges est nommé aide-préparateur de matière médicale et hydrologie.

Faculté de médecine de Lyon. — Par arrêté du 30 octobre, M. Commandeur (Joseph-Baptiste) est nommé, pour l'année scolaire 1893-94, préparateur du laboratoire de chimie organique et toxicologie.

Faculté de médecine de Montpellier. — Par arrêté de même date, M. Refrégé (Léon-Marie-François-Antoine) est chargé, pour l'année scolaire 1893-94, des fonctions d'aide de clinique des maladies des enfants.

Faculté de médecine de Nancy. — Par arrêté du 30 novembre, M. Vuillemin est chargé, pour l'année scolaire 1893-94, d'un cours d'histoire naturelle.

Ecole de médecine de Limoges. — Par arrêté du 30 octobre, M. Raymondaux, ancien directeur de l'Ecole, est nommé directeur honoraire, à dater du 1er novembre 1893.

Ecole de médecine de Nantes. — Par arrêté du 3 novembre. Sont institués : MM. Gourdet, prosecteurs ; Raingeard, aide d'anatomie.

Faculté de medecine de Poitiers. — Par arrêté du 30 octobre, M. Guitteau est nommé chef des travaux micrographiques, et chargé, en outre, d'un cours complémentaire d'histoire naturelle.

Muséum d'histoire naturelle. — Par arrêté en date du 27 octobre, M. Gley (Marcel-Eugène-Emile), agrégé de la Faculté de médecine de Paris, est nommé assistant de la chaire de physiologie générale.

Don. — M. Clément Givet, qui vient de mourir à Lyon, a laissé par testament aux hospices de cette ville une somme de 500.000 fr., qui, selon toutes probabilités, sera affectée à la construction d'un hospice pour les femmes convalescentes.

Bulletin hebdomadaire de Statistique municipale.

DÉCÈS NOTIFIÉS DU 5 AU 11 NOVEMBRE 1893

Fièvre typh., 7. — Typhus, 0. — Variole, 10. — Rougeole, 2. — Scarlatine, 1. — Coqueluche, 1. — Diphtérie, croup, 10. — Grippe, 0. — Affections cholériformes, 0. — Phtisie pulmonaire, 191. — Méningite tuberculeuse, 12. — Autres tuberculoses, 6. — Tumeurs cancéreuses et autres, 49. — Méningite, 21. — Congestion et hémorrhagie cérébrale, 47. — Paralysie, 7. — Ramollissement cérébral, 6. — Maladies organiques du cœur, 70. — Bronchite aiguë et chronique, 44. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 68. — Autres affections de l'appareil respiratoire, 32. — Gastro-entérite des enfants : sein, biberon et autres, 47. — Fièvre et péritonite puerpérales, 1. — Autres affections puerpérales, 1. — Débilité congénitale, 21. — Sénilité, 27. — Suicides, 15. — Autres morts violentes, 17. — Autres causes de mort, 138. — Causes inconnues, 10. — Total : 860.

Le Rédacteur en chef et Gérant : F. DE RANSE.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame — *Téléphone.*

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Rédacteur en chef : **M. le Dr F. DE RANSE**

Comité de Rédaction : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN
J. ARNOULD (de Lille), P. FABRE (de Commentry), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon)

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, avenue Montaigne (Rond-Point des Champs-Élysées)

CLINIQUE CHIRURGICALE

STATISTIQUE ET OBSERVATIONS DE CHIRURGIE HOSPITALIÈRE

Par le Dr Polaillon,

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu, professeur agrégé à la Faculté, Membre de l'Académie de médecine.

(Suite) (1).

Malformations acquises.

XVI. — *Ankyloses anciennes.*

7 cas { 4 hommes, 1 opéré, 3 non opérés / 3 femmes, 2 — 1 — } 0 mort.

Indépendamment des ankyloses assez nombreuses, dont j'ai favorisé la formation pour guérir certaines arthrites et certaines tumeurs blanches traitées dans mon service, j'ai observé 7 cas d'ankyloses anciennes en position vicieuse, constituant un état d'infirmité que je range parmi les malformations acquises.

Ces ankyloses reconnaissaient pour cause des arthrites traumatiques par coup de feu, par chute ou par fracture du fémur (3 cas), des tumeurs blanches (3 cas), une brûlure profonde du genou (1 cas; obs. 141).

Toutes ces ankyloses s'accompagnaient d'une flexion angulaire plus ou moins prononcée de la jambe et causaient de la claudication. Elles étaient, les unes de nature fibreuse, les autres osseuses.

Je n'ai opéré que 3 de ces malades, les autres s'accommodant de leur déformation ou présentant quelque contrindication à l'action chirurgicale. L'opération a consisté, chez 2 malades, en un redressement du membre par les efforts manuels pendant l'anesthésie chloroformique ; chez l'un d'eux, il a fallu préalablement libérer le genou des adhérences cicatricielles d'une ancienne brûlure; chez le 3e malade, une résection a été faite (obs.).

Obs. 141. — *Ankylose du genou par cicatrices de brûlure. Section sous-cutanée des brides cicatricielles. Redressement. Reproduction de la déformation.* — Le nommé M... (François) âgé de 38 ans, exerçant la profession de moulurier, entre le 16 octobre 1892 à la Pitié.

Le 1er novembre 1891, le malade est tombé sur un poêle et s'est fait une brûlure à la tête; puis le poêle s'est renversé sur la partie externe de son genou droit. Le malade perdit connaissance, et quand on le releva, il avait une brûlure s'étendant en profondeur jusqu'au condyle fémoral. Les tissus et le ligament latéral externe étaient détruits. On le conduisit à l'hôpital Tenon, où on lui fit des pansements.

Le malade sort de l'hôpital Tenon le 27 mai 1892. Il avait la jambe en demi-flexion, et il lui était impossible d'exécuter le moindre mouvement de l'articulation du genou. Il se plaignait en même temps de vives douleurs. Il portait, au niveau du genou, une cicatrice de dix centimètres de longueur sur cinq centimètres de largeur, dure, épaisse, complètement adhérente à l'os.

Le 25 octobre, après chloroformisation, M. Polaillon introduisit un ténotome sous la cicatrice et sectionna toutes les adhérences de la cicatrice au condyle et au tibia. Cela fait, il put mobiliser le genou et placer la jambe en extension sur la cuisse. Un appareil plâtré fut aussitôt appliqué pour maintenir l'extension.

Quand on enleva l'appareil, au bout de trente-huit jours, le malade continuait à souffrir et avait peu gagné au point de vue de la marche.

Sa jambe reprit peu à peu une position un peu fléchie, les adhérences cicatricielles s'étant reformées.

On proposa alors au malade de faire la résection du genou. Mais, M. Polaillon ayant changé de service, ce malade fut perdu de vue.

XVII. — *Genu valgum.*

11 cas { 9 hommes, 5 opérés, 4 non opérés / 2 femmes, 2 — 0 — } 0 mort.

Dans tous ces cas, le genu valgum était double. 8 fois, la déformation était plus considérable à gauche qu'à droite, 2 fois, c'était le contraire ; dans 1 seul cas, la déformation m'a paru également prononcée à droite et à gauche.

Tout le monde sait que le genu valgum est une malformation de l'adolescence, due à la croissance irrégulière de l'épiphyse inférieure du fémur. L'âge moyen de nos malades était de dix-sept ans.

Il m'a semblé que les professions qui exigent, chez les adolescents, une station debout très prolongée, étaient une cause de genu valgum. Mais ma statistique est trop peu nombreuse pour pouvoir affirmer cette étiologie.

7 malades ont été opérés : 1 par le redressement avec les mains pendant la chloroformisation, 4 par l'ostéoclasie

(1) Voir *Gazette médicale*, nos 44, 45 et 46, 1893.

avec l'appareil de M. Collin, 2 par l'ostéotomie sus-condylienne du fémur (obs.).

Le redressement par les efforts manuels ne peut réussir que chez de jeunes sujets, dont les os n'ont pas encore acquis une grande solidité. C'est un procédé infidèle, aveugle, et qui ne m'a donné qu'un résultat incomplet (obs. 142).

L'ostéoclasie mécanique, soit avec l'appareil de M. Robin soit avec celui de M. Collin, a pour but de remplacer par une force irrésistible l'effort toujours limité du chirurgien, et de produire méthodiquement une fracture au-dessus des condyles du fémur. Chez 1 de mes malades j'ai pratiqué l'ostéoclasie d'un seul côté (obs. 143). Chez 3 autres malades, l'ostéoclasie a eu lieu des deux côtés en deux séances (obs. 144) ou même en une seule séance (obs. 145). Sur ces 7 ostéoclasies j'ai obtenu 6 redressements complets et 1 redressement incomplet.

L'ostéotomie du fémur suivie du redressement m'a donné deux bons résultats (obs. 146 et 147).

Je voudrais avoir des faits beaucoup plus nombreux pour donner la préférence à l'ostéoclasie ou à l'ostéotomie dans le traitement des genu valgum. Ces deux procédés m'ont donné de très beaux succès. Mais comme précision opératoire, comme simplicité de l'instrumentation, comme bénignité du traumatisme, l'ostéotomie me paraît être bien supérieure à l'ostéoclasie.

La durée moyenne du rétablissement chez les opérés par ostéoclasie ou par ostéotomie a été de trois mois et demi.

Obs. 142. — *Genu valgum double; redressement du genou gauche par les efforts manuels.* — Le nommé S... (Charles), âgé de 15 ans, exerçant la profession de tapissier, entre à la Pitié le 30 juin 1879. Il porte un genu valgum double. La déformation est à peu près égale des deux côtés. Lorsque les deux genoux sont rapprochés de manière à se toucher, l'écart des talons est d'environ quinze centimètres.

Comme ce malade est encore assez jeune pour que ses os n'aient pas une grande solidité, nous espérons obtenir, avec les efforts manuels, l'écrasement ou le tassement du condyle interne et par suite le redressement du genu valgum.

Le 23 juillet, Charles S... est profondément endormi par le chloroforme. La face interne de sa cuisse gauche repose sur une table, de manière à ce que le genou déborde un peu le rebord de celle-ci. Saisissant alors la jambe je cherche, par des efforts soutenus et violents, à la porter en dedans, de manière à l'amener dans l'axe de la cuisse. Je fais joindre à mes efforts ceux d'un aide. Le but est d'effacer l'angle interne du genu valgum en produisant une fracture par pénétration du condyle interne, afin d'amoindrir sa saillie.

Au bout d'un quart d'heure de manœuvres semblables, la jambe est ramenée dans l'axe de la cuisse. La saillie du genu valgum est effacée.

Le condyle interne a-t-il été aplati? nous ne pouvons l'affirmer, car nous n'avons entendu aucun craquement de fracture. Mais il y a eu certainement des déchirures de ligaments. Quoi qu'il en soit, la difformité n'existe plus.

Avant de réveiller l'opéré, on entoure le membre inférieur de ouate et on applique sur sa face interne une attelle rigide en bois, pour maintenir le redressement obtenu.

Le 13 octobre. Deux mois et vingt jours après l'opération, Charles S... quitta la Pitié. Le résultat était incomplet, le genu valgum s'étant en partie reproduit. Le genou opéré n'était pas douloureux. La marche était facile. Le malade n'a pas été revu.

J'estime que le redressement véritablement parfait, au moment de l'opération, était plus apparent que réel, et qu'il a été obtenu plutôt aux dépens des ruptures ligamenteuses qu'aux dépens d'un aplatissement réel de la saillie du condyle interne.

On a dû constater souvent pareil insuccès avec ce procédé de redressement par les efforts manuels. Je n'ai pas voulu y recourir de nouveau, même chez des enfants.

Obs. 143. — *Genu valgum double plus marqué à gauche. Ostéoclasie avec l'appareil de Collin; guérison.* — La nommée B... (Berthe-Eléonore), âgée de 4 ans, entre à la Pitié, avec sa mère, le 8 avril 1884.

Cette petite fille n'a jamais été gravement malade. Sa dentition a été lente et difficile. Elle n'a marché que très tard, à vingt-sept mois.

Elle se fatigue très rapidement. Elle ne peut rester debout ou marcher pendant plus de cinq minutes. Elle monte les escaliers avec beaucoup de peine, et ne peut les descendre seule. A la consultation des Enfants-Malades, on lui a ordonné du phosphate de chaux, de l'huile de foie de morue.

M. Polaillon constate l'existence d'un genu valgum double, très prononcé à gauche, avec relâchement des ligaments latéraux des deux genoux. Il conseille l'ostéoclasie sur le membre le plus déformé.

Le 7 mai. Rupture mécanique du fémur avec l'appareil de M. Collin.

Cet appareil est composé d'une gouttière matelassée dans laquelle on fixe la cuisse, de façon à la tenir complètement immobile et à ne laisser dépasser que l'extrémité inférieure du fémur sur laquelle agit l'ostéoclaste. Cet instrument est représenté par un levier du deuxième genre. Le point d'action vient s'appliquer juste sur le condyle externe et tend à le déplacer de dehors en dedans. Le bras de la puissance, très long, est mis en mouvement par un système de moufles sur lesquelles on exerce une traction lente, graduée, continue. La traction cesse aussitôt qu'on a entendu le craquement caractéristique de la fracture osseuse. Le genu valgum est alors redressé. On immobilise immédiatement le membre dans un appareil plâtré ouaté à l'intérieur, et on place une attelle externe en bois pour maintenir le redressement du membre jusqu'à ce que l'appareil plâtré soit sec.

Le 19. On refait l'appareil plâtré qui était devenu trop large.

Le 20. Fièvre assez intense, le soir. Fuit mauvaise. La petite fille a les traits tirés, elle ne va pas à la selle, mange peu, se plaint de souffrir au talon où on ne trouve rien d'anormal.

Le 27. La petite fille se plaint encore de souffrir à la cheville, au talon. Incision du plâtre avec la pince de Luton. On ne trouve rien.

Le 20 juin. On enlève l'appareil plâtré La jambe est bien droite, bien consolidée. La fracture, dont on sent le cal, siégeait à deux ou trois travers de doigt au-dessus des condyles, tout à fait à la partie inférieure de la diaphyse. On place la jambe dans une simple gouttière.

Le 23. On supprime la gouttière; on la remplace par un bandage roulé.

Le 26. A cause de la persistance de la laxité des ligaments latéraux, il sera nécessaire de faire porter, pendant quelque temps, un appareil orthopédique.

Le 28. Exeat. On permet à la malade de commencer à marcher. Le membre est parfaitement redressé.

Obs. 144. — *Genu valgum double, opéré par l'ostéoclasie en deux séances, à l'aide de l'appareil de M. Collin. Présentation à la Société de chirurgie, du moule des genoux avant l'opération, et de la malade après l'opération.* (Séance du 28 nov. 1883 ; p. 885 du *Bulletin de la Soc. de chirurgie.*) — Augustine M..., âgée de 16 ans, entrée dans mon service le 13 juin 1883, avait, depuis son enfance, les genoux notablement déviés en dedans.

A quatorze ans elle eut une fièvre typhoïde, après laquelle on constata une croissance très marquée et une augmentation considérable de la déviation de ses genoux. Elle présente le facies du tempérament strumeux, et elle porte une adénite cervicale suppurée.

Le genu valgum est un peu plus accusé à gauche qu'à droite. Lorsque la malade est debout et que les genoux sont rapprochés de manière à se toucher, l'écartement des deux malléoles internes mesure dix-huit centimètres.

La marche était très gênée. En effet, pour porter les jambes en avant, la petite malade était obligée de les traîner en fauchant. Dans ces mouvements l'un des genoux décrivait alternativement autour de l'autre un demi-cercle, ce qui produisait, au niveau du bassin et du thorax, un double mouvement de torsion et de balancement. La course et le saut étaient impossibles.

Le 30 juin. Chloroformisation complète. Application sur le membre gauche de l'appareil imaginé par M. Collin, pour produire l'ostéoclasie au-dessus des condyles du fémur. M. Verneuil avait bien voulu nous assister dans l'opération. Et M. Collin manœuvrait lui-même l'ostéoclasie. La partie inférieure du fémur fut infléchie en dedans jusqu'à faire un angle presque droit avec l'axe de la partie supérieure. A ce moment on entendit un craquement qui indiqua que l'os avait cédé. Application immédiate d'un bandage plâtré pour maintenir le membre dans la rectitude. Aucun accident consécutif.

Le 24 juillet. Chloroformisation et ostéoclasie du fémur droit avec le même instrument. Dès que la fracture et le redressement eurent été obtenus, immobilisation du membre dans un bandage plâtré.

Le 21 août, le bandage du côté gauche fut enlevé, et le 20 septembre celui du côté droit. Les fractures étaient parfaitement consolidées, et les genoux étaient complètement redressés.

Il est utile de faire remarquer que les genoux ne présentaient pas d'épanchement intra-articulaire et que leurs mouvements étaient libres.

La petite opérée commença à marcher avec des béquilles, puis peu à peu sans soutien.

Quatre mois après l'opération, non seulement la marche est facile, mais encore la course et le saut s'exécutent sans difficulté, comme chez une personne bien conformée du même âge.

Dans la station debout, les deux malléoles sont en contact, et les genoux ne se touchent presque pas, ce qui prouve que les genu valgum sont absolument redressés.

En examinant à distance cette jeune fille, on constate que ses membres inférieurs sont d'aplomb et bien conformés, et on ne se douterait pas qu'elle a subi une opération pour un genu valgum double.

Mais si l'on explore par le toucher la partie inférieure des fémurs, on sent, à droite, un épaississement osseux immédiatement au-dessus des condyles et, à gauche, un véritable cal à quatre travers de doigt au-dessus des condyles. La fracture s'est donc produite plus haut sur le fémur gauche que sur le fémur droit. Mais cette différence dans le siège de l'ostéoclasie ne nuit ni à la forme ni aux fonctions des membres inférieurs.

Obs. 145. — *Genu valgum double ; ostéoclasie des deux côtés dans la même séance ; guérison.* — Le nommé B... (Léon), emballeur, âgé de 17 ans, entre à la Pitié le 5 mai 1886.

Né de parents bien portants il n'a eu, dans son enfance, aucune maladie.

Aucun antécédent strumeux ni rhumatismal. Aucun stigmate de rachitisme. Le thorax est régulièrement conformé. Les membres supérieurs et le bassin n'offrent aucune déformation rachitique.

Depuis deux ans seulement, il a remarqué que la partie inférieure de la cuisse droite augmentait de volume. Il y a six mois, à la suite de fatigues et de surmenage, il ressentit des douleurs au niveau du condyle interne du fémur droit. Il était obligé de s'asseoir plusieurs fois pendant la journée. Depuis deux mois, les douleurs se sont accrues en même temps que le condyle interne droit devenait plus gros.

A son entrée, on constate une saillie assez considérable formée par le condyle interne du côté droit. Pareille déformation existe à gauche, mais beaucoup moins accentuée. Les jambes sont fortement déjetées en dehors.

Si l'on examine le malade couché, les deux condyles internes du fémur étant amenés au contact, on trouve qu'il existe un écartement de dix-sept centimètres entre les deux malléoles internes. La déviation du genou droit est représentée par dix centimètres ; celle du genou gauche par sept centimètres.

Le 15 mai. Le malade étant chloroformé, M. Polaillon pratique successivement l'ostéoclasie du fémur droit et du fémur gauche avec l'appareil de Collin.

La fracture est annoncée par un craquement sec. Aussitôt on redresse le membre et on l'immobilise dans un appareil plâtré.

Les suites de cette opération double furent des plus simples. Aucune réaction générale. Pas de douleur vive, mais seulement une sensation d'engourdissement. Pas d'élévation de la température.

Le 8 juillet. La gouttière plâtrée du côté gauche est retirée. La jambe est très droite. Le cal est à peine sensible, aucune déformation.

Le 15. On enlève la gouttière du côté droit. Le cal est très volumineux, et à la partie externe de la cuisse, on constate que le fragment supérieur se dirige en dehors en formant un angle très obtus avec le fragment inférieur.

Le 26. L'opéré marche pour la première fois avec des béquilles.

A son départ, qui a lieu le 10 août, nous constatons : le contact immédiat des deux malléoles internes et un écartement de deux centimètres entre les deux condyles internes. Une ligne étendue de l'épine iliaque antérieure et supérieure au bord externe du pied mesure quatre-vingt-treize centimètres. Ce qui donne un allongement de deux centimètres comparativement à la longueur primitive des membres inférieurs.

La jambe gauche peut se fléchir à peu près complètement

à angle droit. La jambe droite possède des mouvements de flexion moins étendus.

A aucun moment, il n'y a eu d'épanchement intra-articulaire.

Le 8 novembre. Léon B... revient à la Pitié. Le redressement du genu valgum est parfait. La marche n'est pas encore très facile. L'articulation tibio-tarsienne gauche est douloureuse. Mais il n'est pas douteux que la gêne du mouvement ne disparaisse avec le temps.

BACTÉRIOLOGIE

NATURE INFECTIEUSE DE CERTAINES ARTHRITES DÉFORMANTES (*lipome arborescent des synoviales*),

par M. L. Dor (1).

J'ai présenté au dernier congrès de chirurgie des lésions ostéoarticulaires chroniques obtenues expérimentalement sur des lapins auxquels j'avais injecté des microbes dans le torrent circulatoire. Deux lapins, auxquels j'avais fait une inoculalation intraveineuse en juin 1890, avaient présenté en juin 1891 de véritables arthrites déformantes des deux genoux. Les microbes qui avaient produit ces lésions étaient des staphylocoques qui ne liquéfiaient la gélatine que très tardivement, et qui n'étaient pas pyogènes. Je les considère actuellement comme étant une race atténuée du staphylococcus pyogènes, mais j'avais cru au premier abord que j'étais en présence du staphylococcus cereus de Passet. Le côté bactériologique de mon travail laissait à désirer, mais le fait certain que je pouvais avancer, c'était qu'avec des microbes, j'avais produit expérimentalement des arthrites déformantes.

Je viens d'avoir l'occasion de trouver des microbes dans un cas d'arthrite déformante chez l'homme, et de corroborer ainsi l'opinion que j'avais déjà formulée au sujet de la nature infectieuse de cette lésion. Il est vrai que le cas que j'ai étudié est un peu exceptionnel, aussi je ne veux pas soutenir que toutes les arthrites déformantes reconnaissent une origine parasitaire; je prétends simplement démontrer qu'il existe des arthrites déformantes infectieuses.

Au mois d'octobre de cette année entrait dans le service de mon maître M. le professeur Poncet, un malade âgé de 41 ans, porteur d'une arthrite chronique de l'épaule gauche avec hydarthrose considérable.

L'affection remontait à quatre mois et s'était développée sournoisement sans que le malade ait jamais éprouvé de douleurs ni de symptômes fébriles. La tête humérale se luxait très facilement et pouvait occuper successivement les différentes positions de la tête dans les diverses variétés de luxations. Le malade était un arthritique ayant présenté des migraines dès l'enfance et souffrant de douleurs articulaires sous l'influence des variations météorologiques de la température.

Son père et son oncle étaient morts de maladies de cœur. Il n'avait jamais eu de rhumatisme articulaire aigu. En raison de ses affirmations très catégoriques, l'hypothèse d'arthrite blennorrhagique ou syphilitique fut écartée. Cependant il est à noter que les quatre premiers enfants de ce malade sont morts en bas âge, et qu'il en a en trois ensuite qui sont bien portants.

Une intervention fut décidée et M. le professeur agrégé Jaboulay, suppléant M. le professeur Poncet, ouvrit l'articulation. Il s'écoula environ 150 grammes d'un liquide jaune citrin strié de sang et un peu filant, puis on constata que toute la synoviale était tapissée de végétations papillomateuses et qu'il s'agissait en somme d'un cas typique de l'affection dénommée par J. Müller lipome arborescent des synoviales, et qui est bien connue aujourd'hui depuis les travaux de Volkmann, Simon, Riedel, Lauenstein, Saltzmann, Sutton, Schmolch, etc; or M. Quénu (1) n'hésite pas à considérer cette affection comme une variété rare d'arthrite déformante.

En faveur de cette manière de voir, je dois ajouter que la tête humérale du malade était entièrement déformée, et qu'il existait dans l'article un corps étranger cartilagineux. Je dois cependant faire observer que dans la plupart des cas publiés le lipome arborescent des synoviales s'est compliqué ultérieurement de tubercule, et même dans le cas de Schmolck, ainsi qu'on peut en juger par les belles planches qui accompagnent son travail (*Zeitschrift für Chirurgie*, 1886, vol. XXIII, p. 273) des granulations tuberculeuses s'étaient développées en même temps que les végétations papillomateuses elles-mêmes. Ce fait n'est pas favorable à l'opinion de M. Quénu, et l'on peut se demander si le lipome arborescent des synoviales n'est pas une maladie complètement distincte des arthrites déformantes ordinaires. Mais ce n'est là qu'une hypothèse, et d'accord avec la plupart des auteurs je crois qu'il s'agit simplement d'une variété anatomique un peu exceptionnelle d'arthrite déformante.

Quoi qu'il en soit, le fait que je veux signaler ici est que, dans les végétations de cette synoviale, j'ai constaté par la culture la présence des staphylocoques.

Pendant l'opération, M. Jaboulay a excisé, avec des ciseaux stérilisés par un séjour dans un bain d'huile à 160 degrés et plongés ensuite dans de l'eau sortant de l'autoclave de Chamberland, de volumineux fragments qui avaient au moins 1 centimètre cube. Avec un fil de platine ces fragments ont été introduits dans un tube stérilisé, et je les ai portés au laboratoire de la clinique chirurgicale. Là j'ai procédé à l'ensemencement d'un certain nombre de tubes de bouillon, et pour être bien à l'abri de toute contamination par l'air, j'ai flambé la surface extérieure des fragments au fur et à mesure que je les déposais dans les bouillons. Or, dès le troisième jour tous les tubes étaient troublés et il résulte des différents ensemencements que j'ai faits sur gélatine et sur agar, ainsi que des inoculations à des lapins, que j'étais en présence du staphylococcus pyogènes albus, et je puis ajouter d'une variété de ce microbe probablement atténuée, car elle ne liquéfiait la gélatine que tardivement, et il en fallait de fortes doses pour tuer les lapins.

Je crois donc pouvoir conclure que certaines arthrites déformantes de l'homme contiennent des microbes, et comme j'ai déjà produit expérimentalement des arthrites déformantes au moyen d'inoculations intraveineuses à des lapins, je crois que la simple constatation de microbes analogues chez le malade dont j'ai relaté l'observation est

(1) Soc. de biologie, 11 novembre 1893.

(1) Voy. *Traité de chirurgie*, de Duplay et Reclus, vol. III, p. 420.

presque suffisante pour m'autoriser à dire que ces microbes avaient engendré la lésion et qu'ils n'étaient pas là par hasard. Je dois ajouter qu'aucun des ballons ensemencés avec le liquide contenu dans l'articulation n'a été fertile alors que tous les ballons ensemencés avec les végétations ont présenté le développement du même microbe.

Ce fait est à rapprocher de l'observation des auteurs qui ont étudié les microbes du rhumatisme articulaire aigu et qui n'en ont jamais rencontré dans les liquides des arthrites, alors que quelques auteurs, au contraire, en ont trouvé dans les tissus périarticulaires.

REVUE DES JOURNAUX

L'ÉPILEPSIE TARDIVE, par le professeur E. MENDEL. (*Deutsche medicin. Wochenschrift*, 1893, n° 45, p. 1106.)

Dans la grande majorité des cas, l'épilepsie, le mal comitial débute avant la vingtième année, c'est là un fait aujourd'hui bien démontré.

Il n'est pas niable que l'épilepsie peut débuter à toute autre âge. C'est ainsi qu'on en est venu à distinguer une forme tardive du mal comitial. Restait à s'entendre sur la limite d'âge, au-delà de laquelle l'épilepsie débutante mérite cette qualification de tardive. Là-dessus il y a encore matière à contestation, ainsi que le fait remarquer M. Mendel.

Dans une thèse écrite sous l'inspiration de Charcot, Delanef (*Essai sur l'étiologie de l'épilepsie tardive*, Paris, 1883) proposait de qualifier de *tardive* l'épilepsie qui débute après la trentième année. M. Mendel fait appel à la statistique, pour soutenir que cette limite n'est pas assez reculée. Les documents de date relativement récente qu'il invoque, montrent que le début de l'épilepsie, passée la trentième année, est chose relativement fréquente.

Voici par exemple une statistique de Kœhler (*Zeitschrift für Psychiatrie*, 1887, n° 43, p. 479) dont l'auteur a emprunté les éléments à la fois à son observation personnelle et aux publications de Bouchet, de Beau, de Hasse, de Russel Reynolds :

Epilepsie congénitale				117 cas
—	*ayant débuté entre*		1 et 5 ans	188 —
—	—	—	6 — 10 —	218 —
—	—	—	11 — 15 —	266 —
—	—	—	16 — 20 —	230 —
—	—	—	21 — 25 —	77 —
—	—	—	26 — 30 —	76 —
—	—	—	31 — 35 —	38 —
—	—	—	36 — 40 —	40 —
—	—	—	41 — 45 —	35 —
—	—	—	46 — 50 —	37 —
—	—	—	51 — 55 —	13 —
—	—	—	56 — 60 —	11 —
—	—	—	61 — 65 —	5 —
—	—	—	66 — 70 —	1 —
				1.352 cas

La statistique personnelle de M. Mendel, de laquelle ont été éliminés avec soin les cas qui ne se rapportent pas à l'épilepsie essentielle, fournit les renseignements suivants :

				sexe masc.	sexe fém.	total
Début de l'épilepsie entre			1 et 5 ans	55 cas	57 cas	112
—	—	—	6 — 10 —	90 —	51 —	141
—	—	—	11 — 15 —	132 —	74 —	206
—	—	—	16 — 20 —	92 —	72 —	164
—	—	—	21 — 25 —	48 —	37 —	85
—	—	—	26 — 30 —	34 —	10 —	44
—	—	—	31 — 35 —	38 —	17 —	55
—	—	—	36 — 40 —	28 —	16 —	44
—	—	—	41 — 45 —	14 —	6 —	20
—	—	—	46 — 50 —	11 —	4 —	15
—	—	—	51 — 55 —	6 —	2 —	8
—	—	—	56 — 60 —	6 —	1 —	7
—	—	—	61 — 65 —	1 —	2 —	3
				555 cas	349 cas	904

Reynolds (*A système of Medicin.*, London, 1878, vol. IV, p. 275) et Nothnagel (*Ziemssen's Handbuch*, 2te auflage, t. XII, 2e partie, p. 205), ont soutenu que l'épilepsie essentielle se rencontre avec une fréquence sensiblement égale dans les deux sexes. La statistique de Mendel contredit cette assertion; il en est de même d'une statistique publiée il y a un peu plus de dix ans, par Pereskiewicz (*Inaugural-Dissertation*, Berlin, 1882), statistique dont les éléments ont été puisés dans le service des maladies du système nerveux, de l'hôpital de la Charité de Berlin. Les cas d'épilepsie relevés dans ce document sont au nombre de 454, dont 293 concernaient des hommes et 161 des femmes.

Seeligmüller (*Gehirn und Rückenmarkskrankheiten*, 1886, p. 634) estimait aux deux tiers, et Gowers (*Epilepsie and other chronic convulsive diseases*, London, 1881, p. 14) aux trois quarts, la proportion des cas d'épilepsie essentielle, dont le début a lieu avant la vingtième année. La statistique de Mendel confirme l'exactitude approximative de ces appréciations. D'autre part la fréquence du début de l'épilepsie entre la vingtième et la quarantième année de la vie est relativement grande par rapport à ce qu'elle est, passée la quarantaine. C'est pourquoi M. Mendel propose de réserver la qualification de *tardive* aux cas d'épilepsie qui débutent passé l'âge de 40 ans. Dans sa statistique, les cas qui réalisent cette condition figurent au nombre de 53, soit une proportion de 5, 8 0/0.

Reste à savoir si l'épilepsie tardive, ainsi comprise, se distingue par certaines particularités relatives à l'étiologie, à la pathologie et au traitement.

Tout d'abord les observations recueillies par Mendel démontrent que l'épilepsie tardive se rencontre plus fréquemment chez l'homme que chez la femme (38 cas contre 15). Benett et Gowers sont arrivés aux mêmes résultats.

Une opinion très accréditée veut que la prédisposition héréditaire n'intervienne pour rien dans l'étiologie de l'épilepsie. Toutefois Féré (Les épilepsies et les épileptiques, 1890, p. 255) et Delanef (*loc. cit.*) ont soutenu l'opinion inverse. M. Mendel est de l'avis de ces derniers. Dans le quart de ses cas d'épilepsie tardive, il a retrouvé l'influence de l'hérédité pathologique : folie circulaire chez la mère, dans un cas, épilepsie chez un frère, dans un autre cas, chez un oncle, dans un troisième, etc., etc.

Les causes occasionnelles sont les mêmes que celles qu'on incrimine dans le développement de l'épilepsie précoce, frayeur, traumatisme, etc. Aucun des cas d'épilepsie tardive, qui figurent dans la statistique de Mendel, ne pouvait être mis

sur le compte de la syphilis. M. Mendel n'a pas constaté de relations fixes entre la grossesse, la ménopause et le développement de l'épilepsie tardive. Par contre, dans un nombre de cas relativement considérable, des troubles gastriques très prononcés et très tenaces ont précédé pendant plusieurs années la première attaque.

L'évolution est la même dans les cas d'épilepsie tardive et dans ceux d'épilepsie précoce, sauf que les attaques ne vont pas en se rapprochant. On en peut dire autant de l'expression clinique. Il semble toutefois que dans les cas d'épilepsie tardive, les attaques nocturnes soient plus fréquentes.

Mêmes relations avec les psychoses dans les cas d'épilepsie tardive que dans les cas d'épilepsie précoce ; toutefois la première exerce sur les fonctions du cerveau une influence moins délétère que la seconde. Même pronostic et même traitement dans les deux cas. Incidemment M. Mendel mentionne que dans un cas d'épilepsie tardive compliquée d'une lésion organique du cœur, l'association de la digitale (0,01) au bromure de potassium (3 gr. *pro die*) lui a donné de très bons résultats. Proscription absolue des spiritueux. Alimentation riche en végétaux.

En terminant M. Mendel a formulé les conclusions suivantes, déduites de ses observations :

1° Il y aurait lieu de distinguer les cas d'épilepsie débutant après l'âge de 40 ans, et de les désigner sous le nom d'épilepsie tardive ;

2° La fréquence absolue et relative de l'épilepsie est plus grande chez l'homme que chez la femme ;

3° Dans les cas d'épilepsie tardive, la prédisposition héréditaire joue également un rôle important ;

4° En thèse générale, l'épilepsie tardive évolue avec une bénignité plus grande et avec un caractère de progressivité moins accentuée, que l'épilepsie du jeune âge ;

5° Les facultés psychiques en particulier paraissent subir une moindre atteinte, dans les cas d'épilepsie tardive, même après une longue durée de la maladie, que dans les cas d'épilepsie précoce.

E. Ricklin.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Puissance d'action des injections brown-séquardiennes chez l'adulte et le vieillard. — Procédé opératoire et observations personnelles, par les Dʳˢ René Ferrand et L. Jordanis. (Paris, A. Maloine, éditeurs, 91, boulevard Saint-Germain.)

Il est certain que le fait d'injecter une substance organique dans le corps humain nécessite des précautions toutes particulières et qu'un liquide mal préparé ou avarié pourrait produire des accidents, mais rien de tout cela n'est à craindre avec une solution faite d'après les règles déterminées par les professeurs Brown-Séquard et d'Arsonval, et lorsqu'on pratique ces injections en se conformant aux indications qui ont été exposées par les Dʳˢ René Ferrand et L. Jordanis.

Le mode opératoire que ces deux médecins préconisent diffère de celui employé jusqu'à ce jour par les points suivants :

1° Volume du liquide de chaque injection ;

2° Degré de concentration du liquide injecté ;

3° Multiplicité des injections, en une seule séance, en des points différents ;

4° Choix exclusif de la région à injecter ;

5° Asepsie dans les détails de la pratique ;

6° Massage consécutif à chaque injection.

Les auteurs affirment nettement la valeur des injections séquardiennes dans les adynamies de toutes sortes, morales ou physiques. Ils combattent vivement les théories exposées dernièrement par le Dʳ Chéron, et apportent diverses observations à l'appui de leurs vues.

Les conclusions suivantes se dégagent de leur travail :

Injecté sous la peau, le suc organique dilué apporte à la cellule nerveuse et au globule sanguin les éléments d'une force nouvelle, et c'est par cette augmentation de puissance d'action du système nerveux et de la moelle, ainsi que par l'amélioration produite dans la nutrition tout entière, que cet agent imprime son action réparatrice sur les divers états morbides.

Il n'y a pas là une stimulation passagère des parties malades, mais bien des effets considérables et durables sur tout l'organisme.

Telle est l'explication des résultats curatifs obtenus dans les maladies diverses où le suc organique n'a en résumé qu'une même action, celle d'engendrer la force.

Que nous nous trouvions en face d'un diabétique épuisé par la glycosurie ou d'un phthisique en proie à la consomption, c'est toujours par sa puissance dynamogénique que se manifeste l'effet du liquide injecté.

Les résultats si frappants de rénovation des forces chez le vieillard sénile et chez l'adulte atteint de vieillesse prématurée, viennent à l'appui de cette façon d'interpréter l'action organique, action qui se traduit, ainsi que l'a constaté Brown-Séquard dès sa première expérience sur lui-même, par un retour à un état organique meilleur et ressemblant à celui d'un âge antérieur.

R. F. M.

Essai d'une histoire de l'obstétricie, par Ed. Gasp. Jac. de Siebold, traduit de l'allemand avec additions, fig. et un appendice, par F. J. Herrgott, professeur honoraire de clinique obstétricale à la Faculté de médecine de Nancy. 3 vol, in-8, 40 francs. — G. Steinheil 1893.

On n'analyse point un semblable ouvrage. On le place dans sa bibliothèque, à la portée de sa main, et on le consulte à chaque instant. Je ne me permettrai donc qu'un compte rendu succinct.

L'Histoire de l'obstétricie de Siebold est la plus complète que nous possédions. Terminée en Allemagne, en 1845, elle n'avait pas de traduction française, et c'est dommage ; l'auteur étant de ceux qui ont témoigné durant leur vie que « honestés n'est autre chose que honor estable et permanans ». Nul en effet, plus que Siebold, n'a rendu justice aux efforts de ses devanciers et de ses contemporains. Il aimait la France, qu'il avait visitée et il a traduit en allemand plusieurs ouvrages français, celui de Maygrier entr'autres.

Son histoire de l'obstétricie est divisée en neuf époques. 1ʳᵉ époque : Depuis les temps les plus reculés jusqu'à Hippocrate, ou jusqu'à la fin de vᵉ siècle, avant J.-C. 2ᵉ époque : Depuis Hippocrate jusqu'au déclin des connaissances après Galien, et jusqu'au commencement du IIIᵉ siècle après J.-C. 3ᵉ époque : Depuis la décadence des connaissances jusqu'à la culture de la médecine par les Arabes, ou jusqu'à la fin du VIIᵉ siècle. 4ᵉ époque : Culture de la médecine et de ses diverses branches par les Arabes. 5ᵉ époque : Temps après les

Arabes, jusqu'à la publication du premier livre d'accouchements par Eucharius Roesslin (XIIe au XIVe siècle). 6e époque : Depuis le livre de E. Roesslin, jusqu'au rétablissement de la version par les pieds par Ambroise Paré (1513-1550). 7e époque: Depuis A. Paré, jusqu'à l'ouvrage de Deventer et l'invention du forceps (du milieu du XVIe siècle à la fin du XVIIe). 8e époque; Depuis l'invention du forceps jusqu'aux travaux de Lucas, John Boer. 9e époque : Depuis la fin du XVIIIe siècle jusqu'au temps présent, 1845.

Tous les grands faits de l'obstétrique, tous les accoucheurs qui ont joué un rôle quelconque dans cette histoire, tous les ouvrages cités et consultés par l'auteur, sont indiqués dans les deux premiers volumes, avec des additions et rectifications dues à M. Herrgott, dont la compétence bibliographique est bien connue.

Le 3e volume, dû tout entier au savant traducteur des deux premiers, complète nécessairement l'histoire de l'obstétricie depuis 1845 jusqu'au commencement de 1892. M. Herrgott a divisé cet appendice en cinq parties, savoir : 1re partie : Pelvilogie pathologique ; IIe partie : l'accouchement dans les bassins rétrécis ; IIIe partie : la Médecine opératoire obstetricale ; IVe partie : la Fièvre puerpérale ; Ve partie : les Moyens d'étude de l'obstétricie. Les quatre premières, ou le voit par cet énoncé, sont destinées à enregistrer méthodiquement les progrès réalisés, en obstetrique, depuis l'ouvrage de Siebold, La cinquième est une annexe des plus utiles, consacrée à faire connaître l'organisation de l'enseignement et les publications des deux mondes, pour tout ce qui concerne l'obstetricie. Mais j'ai trop de sympathie pour l'excellent traducteur pour ne pas lui signaler une lacune ; j'aurais souhaité trouver, à la fin des trois volumes, une bonne table des matières afin de chercher de suite, tant dans les deux premiers, que dans son remarquable appendice, tout ce qui concerne la symphyséotomie par exemple, et de même que l'usage des bons mets rend gourmand, je voudrais que notre savant confrère nous donnât, dans quelque temps, cette table, quitte à la faire précéder des améliorations (pour ne pas écrire progrès) accomplies depuis la publication de la traduction remarquable dont il a enrichi notre littérature médicale et que j'aurai souvent l'occasion de citer.

Dr A. DUREAU.

BULLETIN

A PROPOS DE LA DOCTRINE MICROBIENNE

C'est une coïncidence heureuse que celle qui, dans la même semaine, nous a valu, de la part de deux hommes éminents et également autorisés, deux discours sur ce vaste sujet de la doctrine microbienne qui a déjà inspiré tant de travaux. L'un d'eux, M. A. Guérin, a prononcé une sorte de plaidoyer *pro domo suâ*, dans lequel il a rectifié certaines erreurs accréditées concernant le mode d'action du pansement qui porte son nom, et parallèlement revendiqué une certaine part dans la fondation des principes nouveaux qui ont transformé la pratique chirurgicale de notre époque. L'autre, M. Grancher, s'est fait simplement le panégyriste de son maître Pasteur, le premier des savants contemporains, en exposant avec une remarquable clarté l'ensemble des découvertes qui forment l'œuvre de notre illustre compatriote. Tous deux ont célébré, chacun à sa manière, les bienfaits issus de cette révolution scientifique inaugurée d'hier, et qui a déjà réalisé tant de progrès. Nous les suivrons un instant sur ce terrain où ils ont manœuvré tous deux en parfaite connaissance de cause.

Tout d'abord, nous apprenons par M. A. Guérin, lui-même, que le pansement ouaté, dont il a été l'initiateur, fut bien réellement inspiré par la théorie des germes, déjà entrevue, mais à peine ébauchée, il y a vingt-trois ans. On désignait alors sous le nom de germes ou de miasmes ce que l'on devait plus tard appeler *microbes*, un terme qui a fini par prendre le pas sur tous ses synonymes. M. Pasteur avait déjà fait quelques recherches sur ces corpuscules, et avait montré que la ouate a le pouvoir de les arrêter au passage et de les fixer. Toutefois il ne soupçonnait pas encore le rôle qu'ils peuvent jouer comme agents de contamination et d'infection des plaies. L'absence d'éducation médicale explique peut-être cette lacune relative dans la première partie de son œuvre, et permet d'expliquer comment d'autres mieux pourvus de ce côté ont pû prendre les devants sur le terrain des applications pratiques. Toujours est-il que l'événement donna raison à M. Guérin, et que les faits vinrent consacrer ses vues, d'abord timides, parce qu'elles procédaient d'une conception encore à l'état d'essai.

Ultérieurement, et en vertu d'une sorte de réciprocité, M. Pasteur fut amené par la constatation des résultats d'ordre chirurgical, à concevoir plus exactement et à étudier plus profondément qu'il ne l'avait fait jusque-là les propriétés de ces corpuscules. C'est de là que partent ses premières recherches sur la fermentation, qui devaient engendrer tant et de si remarquables découvertes. M. Guérin peut revendiquer une certaine part dans la genèse de celles-ci, puisque ce sont ses propres travaux qui ont marqué la voie dans laquelle la science allait s'engager pour atteindre, peu d'années après, aux résultats que l'on sait. L'ancien chirurgien de l'Hôtel-Dieu a eu soin d'accentuer cette revendication, et on ne saurait le lui reprocher, puisqu'il s'agit ici d'une véritable question de priorite, c'est-à-dire d'un droit imprescriptible et aliénable. D'ailleurs, il rappelle justement, à ce propos, comme argument final, ce que, dès 1874, dans une note lue à l'Institut, il disait de la doctrine microbienne. Il rappelle que, dès cette époque, il avait proclamé la nécessité de demander au microscope le secret de toutes les affections septicémiques. On lui rendra justice que, depuis le jour où cette parole a été prononcée, les vues nouvelles qu'elle consacrait ont reçu la plus éclatante justification. Aussi peut-on prédire, sans crainte d'erreur, que son nom trouvera place au premier rang parmi les précurseurs et les initiateurs de cette grande révolution moderne qui s'appelle l'antisepsie.

— M. Grancher, qui traitait à peu près le même sujet, n'a pas eu de peine à trouver dans l'œuvre de M. Pasteur les éléments d'une conférence qui a duré plus d'une heure et qui, vraisemblablement, a dû captiver et charmer son auditoire. Il avait limité volontairement son sujet à l'examen des découvertes qui confinent plus spécialement à la pathologie, et qui, conséquemment, au point de vue pratique, sont d'un intérêt véritablement exceptionnel. C'est donc l'œuvre médicale du grand chimiste qu'il a visée, en montrant tout ce qu'elle a produit et en faisant ressortir les progrès de toute espèce qu'elle contient en germe pour l'avenir.

En premier lieu, il a cité la vaccination charbonneuse, cette belle découverte qui a presque supprimé une maladie éminem-

ment contagieuse, et a réduit en tous cas le chiffre mortuaire de certaines épizooties à un taux presque insignifiant. Puis il a développé longuement la grande question de la prophylaxie de la rage après morsure. On sait l'agitation que cette question a soulevée, l'opposition qu'elle a fait naître et dont nous retrouvons les principaux fauteurs jusque dans le sein des sociétés savantes, parmi les hommes les mieux préparés aux vérités nouvelles et les plus éclairés. M. Grancher a reconstitué cette histoire, montrant par quelles phases de tâtonnements et de luttes la tentative audacieuse de M. Pasteur avait passé, avant de recevoir cette sanction définitive que lui donne, de nos jours, l'application courante d'une méthode pratique, si bien vulgarisée que des Instituts semblables à celui de la rue Dutot fonctionnent maintenant chez presque toutes les nations européennes. Ensuite, examinant les travaux de M. Pasteur dans leur ensemble, aussi bien que dans leurs conséquences, il a montré quel parti la prophylaxie des maladies en avait déjà tiré, et quelles applications encore plus vastes on pourrait en déduire pour l'avenir. Une des plus brillantes et des plus fécondes parmi celles-ci, l'antisepsie chirurgicale, procède presque tout entière des faits que notre compatriote a révélés, et surtout de cette notion des actions microbiennes qu'il a comprise un des premiers et dont il a fait une véritable science, indispensable à connaître pour tous ceux qui s'intéressent aux choses biologiques. Aussi, peut-on dire avec, M. Grancher, que s'il y a maintenant un art de prévenir les maladies, comme contre-partie logique et nécessaire de l'art de guérir, c'est à M. Pasteur que nous le devons. C'est pourquoi il est permis de croire que la postérité, admiratrice reconnaissante des services rendus, lui rendra l'hommage qui lui est dû et n'hésitera point à associer son nom à celui d'Hippocrate, qui, depuis des siècles, personnifie majestueusement la médecine. P. M.

VARIÉTÉS

INAUGURATION DE LA POLYCLINIQUE DE L'HOPITAL INTERNATIONAL

Le 16 novembre a eu lieu l'inauguration solennelle de la polyclinique de l'Hôpital International, 11, rue de la Santé, sous la présidence de M. Jules Simon, assisté de M. Péan, fondateur de l'hôpital, et de M. Thomas, maire de l'arrondissement.

Le grand amphithéâtre et ses annexes étaient trop petits pour contenir la foule qui refluait presque dans les halls de l'hôpital.

M. le Dr Aubeau a d'abord exposé l'esprit et le but de l'œuvre, qui se distingue par deux innovations : assistance internationale et groupement dans un même édifice de toutes les spécialités.

M. le Dr Bilhaut a fait connaître ensuite le plan et le fonctionnement des différents services de la polyclinique, services confiés à des hommes d'un talent déjà éprouvé : MM. Aubeau, Bilhaut, Albéric Roussel, Paul Coruet, Jocqs, Astier, de Pezzer, Duloroy, Fouquet, Archambaud, Pesson et Leblond.

Plus de 6.000 consultations ont été données à la polyclinique depuis le mois de mai, et des observations de la plus haute valeur ont été publiées dans divers journaux scientifiques. Des leçons théoriques et pratiques sont régulièrement faites dans le grand amphithéâtre, tant pour les élèves en médecine que pour les infirmières, ambulancières et secouristes. Une œuvre spéciale, dite « Œuvre de l'Hôpital International », vient d'être créée; les statuts en seront envoyés prochainement à tous ceux qui s'intéressent à la bienfaisance.

M. Jules Simon, dans un éloquent discours, appelle l'attention du public bienfaisant sur une œuvre d'un intérêt si élevé.

M. Péan, en réponse à ces allocutions, prononce un discours fort applaudi, dont nous reproduisons quelques passages :

« Il y a bien longtemps de cela, dit-il. Je sortais des bancs du collège, et j'étais tout frais débarqué à Paris. J'avais commencé à suivre les cours de l'Ecole de médecine, qui, tout en me prenant la plus grande partie de mon temps, me laissait quelques loisirs. Ces loisirs je les utilisais de mon mieux... en travaillant. Je regardais, déjà à cette époque, le travail comme la plus agréable et la plus consolante des distractions. En dehors des hôpitaux et de la Faculté, j'assistais, dès que je disposais d'un instant, aux conférences et aux cours de la Sorbonne; c'est dans les murs de l'ancienne Sorbonne que j'ai eu la bonne fortune d'entendre pour la première fois l'homme éminent que je retrouve aujourd'hui à mes côtés. Je puis donner à M. Jules Simon cette assurance que j'ai gardé bien vivace le souvenir de cette impression de jeunesse, à ce point que je revis par la pensée cette heure, que je trouvais si courte, où vous m'avez donné la vision inoubliable des sommets que peut atteindre la véritable éloquence. C'est un don dont la nature n'est malheureusement pas prodigue, et je le déplore plus que tout autre en ce jour où m'échoit l'honneur de parler devant une assemblée, si riche en illustrations de tout genre. Je ne suis d'ailleurs ici qu'un invité, et à ce titre je n'ai pas le droit d'accaparer longtemps votre attention si bienveillante.

« Puisque l'occasion s'en présente et que l'auditoire n'est pas exclusivement médical, voulez-vous me permettre de dire toute ma pensée ? Eh bien ! le public se fait une idée fausse de la chirurgie et plus particulièrement du rôle que le chirurgien occupe dans la société. Les reproches, les invectives même qu'on nous décoche, sont, à la vérité, des armes bien émoussées. Elles servent depuis si longtemps !

« Avant et depuis Molière, la satire s'est exercée contre nous. Les écrivains, à qui on ne semble pardonner d'avoir de l'esprit que s'ils en font abus, ont encouragé de leur mieux les préjugés du public à notre endroit. Tant qu'ils n'ont flétri que des ridicules surannés, des engouements injustifiés pour des médications trop hâtives, tant qu'ils se sont contentés de mettre en relief des contradictions qui ne sont souvent qu'apparentes, nous leur avons su gré d'avoir tenté de corriger les travers de certains d'entre nous. Mais la plupart de leurs attaques sont irréfléchies. Elles visent notre profession en masse, sans en excepter ceux qui consacrent leur existence entière à soulager la douleur et l'infortune. Ce qui est attristant, c'est que ces critiques trouvent des recrues dans notre propre camp et, quelque pénible qu'en soit l'aveu, il faut bien dire que les premiers coups partent bien des fois de nos propres rangs.

« Ceux qui piétinent sur place ont naturellement à cœur de démontrer que tout va ainsi pour le mieux et que ceux-là sont d'une témérité imprudente, sinon dangereuse, qui cherchent à agrandir par tous les moyens les plus rationnels

le domaine de la chirurgie. Ce sont les mêmes qui crient le plus haut contre ce qu'ils appellent les « méfaits » de la chirurgie, et qui, dans leur impuissance à enrayer le progrès, substituent le paradoxe aux arguments.

« Ce sont ces paradoxaux qui égarent les gens du monde au point de leur laisser croire que l'être humain est pour le médecin un sujet d'expériences; que nos hôpitaux sont des laboratoires de physiologie expérimentale, où la vivisection est élevée à la hauteur d'une méthode. Est-il besoin de protester contre de telles erreurs, et vaut-il mieux s'indigner que de sourire? Non, la science n'est pas inhumaine; non la science ne réclame pas de semblables droits. Elle sait bien, au contraire, qu'elle a des devoirs qui la passionnent et auxquels elle ne songe jamais à se dérober. Quand on a devant soi le spectacle des misères d'autrui, on n'a pas la cruauté de les vouloir aggraver. Ne prenons-nous pas constamment souci de la vie de nos semblables et ne cherchons-nous pas à éviter tout ce qui peut en amoindrir la durée?

« Nous ne poursuivons qu'un but: assurer la conservation et le salut du malade.

. . . .

« Vous avez eu l'heureuse pensée, continue l'orateur en s'adressant à M. Aubeau, de réunir dans le même hôpital presque toutes les spécialités de l'art chirurgical. C'est tout profit pour les élèves qui assisteront à vos cours et pour les malades à qui vous évitez de la sorte des démarches multipliées. Votre enseignement sera, j'en ai l'espoir, fécond en résultats. Aussi quand vous m'avez demandé un encouragement, sachant que vous en étiez digne, je n'ai pas hésité à vous l'accorder. Je vous avais vu à l'œuvre depuis longtemps, et le passé m'autorisait à bien augurer de l'avenir.

« Vous avez fait la plus large part à la clinique, estimant avec raison que les lois résultent d'un ensemble de faits, et qu'on ne saurait être à une meilleure école qu'à celle de l'observation. On a bientôt dit que les faits cliniques ne prouvent rien ou tout au moins qu'ils sont inutiles. C'est pourtant avec les considérations individuelles qu'on établit les règles fondamentales. Vous n'accumulerez jamais assez de documents. Il n'y a que les oisifs qui se plaindront de n'avoir pas le temps de les consulter.

« Laissez-moi, en terminant, vous féliciter publiquement de vous être placé sous le patronage d'un homme qui a toujours été à l'avant-garde de la philanthropie; d'un orateur, dont la parole entraînante a toujours été au service de toutes les œuvres charitables; d'un philosophe qui a trouvé des accents d'une note émue pour les déshérités de la fortune et du sort. Cet homme a joui des plus grands honneurs qu'un pays réserve à ses enfants. Il n'en a pas moins été vivement calomnié.

« Ce qui a fait sa force, ce qui lui a servi de bouclier, c'est son amour du travail, c'est la satisfaction intime que donne l'accomplissement d'une bonne action. Ne cherchez pas ailleurs le secret de cette longévité qui fait notre admiration.

« Comme l'a dit un moraliste, collègue de M. Jules Simon à l'Académie française: « La vie n'a que deux raisons, je dirai même deux excuses: le travail et le bien. »

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Projet de décret relatif aux expertises médico-légales.

PROJET DE DÉCRET

portant règlement d'administration publique en exécution des paragraphes 2 et 3 de l'article 14 de la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine et relatif: 1° aux conditions suivant lesquelles peut être conféré le titre d'expert devant les tribunaux; 2° à la revision des tarifs du décret du 18 juin 1811 en ce qui touche les honoraires, vacations, frais de transport et de séjour des médecins.

Le Président de la République française,

Sur le rapport du Garde des Sceaux, Ministre de la Justice;

Vu la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine et notamment les paragraphes 2 et 3 de l'article 14 ainsi conçus:

« Un règlement d'administration publique revisera les tarifs du décret du 18 juin 1811 en ce qui touche les honoraires, vacations, frais de transport et de séjour des médecins.

« Le même règlement déterminera les conditions suivant lesquelles pourra être conféré le titre d'expert devant les tribunaux; »

Vu le décret du 18 juin 1811, contenant règlement pour l'administration de la justice en matière criminelle, de police correctionnelle et de simple police, et tarif général des frais;

Le Conseil d'Etat entendu,

Décrète:

CHAPITRE PREMIER

Des conditions dans lesquelles est conféré le titre d'expert médecin devant les tribunaux.

ARTICLE PREMIER

An commencement de chaque année judiciaire et dans le mois qui suit la rentrée, les cours d'appel, en chambre du conseil, le Procureur général entendu, désignent, sur des listes de propositions des tribunaux de première instance du ressort, les docteurs en médecine à qui elles confèrent le titre d'experts devant les tribunaux.

ART. 2.

Les propositions du tribunal et les désignations de la Cour ne peuvent porter que sur les docteurs en médecine français, ayant au moins cinq ans d'exercice de la profession médicale et demeurant soit dans l'arrondissement du tribunal, soit dans le ressort de la Cour d'appel.

ART. 3.

En dehors des cas prévus aux articles 13, 44, 235 et 268 du Code d'instruction criminelle, les opérations d'expertise ne peuvent être confiées à un docteur en médecine qui n'aurait pas le titre d'expert. Toutefois, suivant les besoins particuliers de l'instruction de chaque affaire, les magistrats peuvent désigner un expert près un tribunal autre que celui auquel ils appartiennent.

En cas d'empêchement des médecins experts résidant dans l'arrondissement et s'il y a urgence, les magistrats peuvent, par ordonnances motivée, commettre un docteur en médecine français de leur choix.

CHAPITRE II

Des honoraires, vacations, frais de transport et de séjour des experts médecins.

ART. 4.

Chaque médecin requis par des officiers de justice ou de police judiciaire ou commis par ordonnance, dans les cas prévus par le Code d'instruction criminelle, reçoit à titre d'honoraires.

1° Pour une visite avec premier pansement...... 8 fr. 00
2° Pour toute opération autre que l'autopsie...... 10 00
3° Pour autopsie avant inhumation.................. 25 00
4° Pour autopsie après exhumation.................. 35 00

Au cas d'autopsie d'un nouveau-né les honoraires sont de 15 et 25 francs, suivant que l'opération a eu lieu avant inhumation ou après exhumation.

Tout rapport écrit donne droit, au minimum, à une vacation de.. 5 fr.

ART. 5.

Le coût des fournitures reconnues nécessaires pour les opérations est remboursé sur la production des pièces justificatives de la dépense.

ART. 6.

Il n'est rien alloué pour soins et traitements administrés soit après le premier pansement, soit après les visites ordonnées d'office.

ART. 7.

En cas de transport à plus de deux kilomètres de leur résidence, les médecins reçoivent, par kilomètre parcouru, en allant et en revenant:

1° 20 centimes si le transport a été effectué en chemin de fer;

2° 40 centimes si le transport a eu lieu autrement.

ART. 8.

Dans le cas où les médecins sont retenus dans le cours de leur voyage par force majeure, ils reçoivent une indemnité de 10 fr. par chaque journée de séjour forcé en route, à la condition de produire, à l'appui de leur demande d'indemnité, un certificat du juge de paix ou du maire de la localité, constatant la cause du séjour forcé.

ART. 9.

Il est alloué aux médecins, outre les frais de transport, s'il y a lieu, une vacation de 5 francs à raison de leurs dépositions, soit devant un tribunal, soit devant un magistrat instructeur.

Si les médecins sont obligés de prolonger leur séjour dans la ville où siège soit le tribunal, soit le juge d'instruction devant lequel ils sont appelés, il leur est alloué, sur leur demande, une indemnité de 10 francs par chaque journée de séjour forcé.

ART. 10.

Sont abrogés toutes les dispositions du décret du 18 juin 1811 en ce qu'elles ont de contraire au présent chapitre.

CHAPITRE III.

Dispositions transitoires.

ART. 11.

Les officiers de santé reçus antérieurement au 1er décembre 1893 et ceux reçus dans les conditions déterminées par l'article 31 de la loi du 30 novembre 1892 peuvent être portés sur la liste d'experts près les tribunaux s'ils réunissent les conditions de nationalité, de durée d'exercice de leur profession et de résidence prévues à l'article 2 du présent décret.

Ils ont droit aux mêmes honoraires, vacations, frais de transport et de séjour que les docteurs en médecine.

ART. 12.

Le tarif prévu au chapitre II du présent décret ne sera applicable qu'aux opérations requises postérieurement au 30 novembre 1893.

ART. 13.

Le garde des sceaux, ministre de la justice, est chargé de l'exécution du présent décret, etc.

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement du prurit.

Acide phénique.......... 4-6 grammes.
Liqueur de potasse........ 4 —
Huile de lin.............. 30 —

Agiter avant de s'en servir en onctions.

(Edward Bennett Bronson, *Med. Record*, 14 *octobre* 1893.)

Inhalations contre les états inflammatoires du larynx, de la trachée et des bronches.

Essence de pin du Canada..... 5 gouttes.
Essence de gaultheria......... 2 —
Essence d'eucalyptus.......... 1 —
Menthol....................... 0 gr. 05
Benzoinol..................... 8 grammes.
Vaseline. Q. s. pour......... 30 —

A pulvériser dans les voies malades.

(W. E. Casselberry, *New-York Med. Journ.*, 14 *octobre* 1893.)

Prurit.

Acide phénique........... 4 à 8 grammes.
Liqueur potassique......... 4 —
Huile de lin............... 38 —

Agiter le flacon avant de s'en servir comme liniment. Comme correctif de l'odeur désagréable de l'huile de lin, on peut ajouter une goutte ou deux d'essence de bergamotte.

(Bronson. *Med. Record*, 7 octobre 1893.)

Poudre contre la migraine.

Citrate de caféine.......... 1 gramme.
Phénacétine................ 2 —
Sucre blanc................ 1 —

A diviser en dix capsules.

Prendre une de ces capsules, dans l'intervalle des accès, toutes les trois ou quatre heures.

(*Practitioner*, octobre 1893.)

Favus.

Naphtol bêta............. 12 grammes.
Baume du Pérou........... 1 —
Vaseline................. 100 —

En applications locales.

(*Med. Record*, 14 octobre 1893.)

Amygdalite chronique.

Acide tannique...	1 gramme.
Teinture d'iode...	II gouttes.
Eau............	180 grammes.
Glycérine.......	15 —

Une cuillerée à bouche toutes les trois heures.

Névralgies.

Acétanilide......	0,06 cent.
Quinine.........	0,06 —
Cocaïne..........	0,006 milligr.

Pour une pilule. En prendre une toutes les heures.

Asthme.

Ether............	30 grammes.
Essence de térébentine	16 —
Acide benzoïque......	16 —
Baume de Tolu.......	8 —

En inhalations pendant la crise asthmatique.

Coryza récent.

Chlorhydrate de morphine	0,12 cent.
Poudre de gomme........	8 grammes.
Sous-nitrate de bismuth..	25 —

En prises nasales.

Constipation chronique.

Aloès...............	0,25 cent.
Sulfate de strychnine...	0,015 millig.
Extrait de belladone....	0,09 cent.
Poudre d'ipéca.........	0,35 —

Pour 12 pilules. En prendre une tous les soirs en se couchant. (*Med. Record*, 14 octobre 1893.)

Diphthérie.

Acide phénique...........	60 grammes.
Acide salicylique.........	12 —
Acide benzoïque..........	30 —
Esprit de vin...........	120 —

Une cuillerée à café dans 250 grammes d'eau bouillante, en vaporisation dans la chambre du malade, renouveler cette vaporisation toutes les trois heures.

(*Medic. Press in Med. Record*, 14 octobre 1893.)

Diarrhée estivale.

Sous-nitrate de bismuth.....	2 grammes.
Teinture d'opium...........	XX gouttes.
Sirop d'ipéca..............	16 grammes.
Sirop aromatique de rhubarbe	16 —
Listérine..............	15 —
Mixture de craie...........	30 —

Une cuillerée à café à prendre en trois ou quatre heures pour un enfant de 10 à 12 mois.

(Roberts, *Med. Record*, 14 octobre 1893.)

Flatulence intestinale.

Poudre de coriandre.......	}
Poudre de menthe poivrée.	} âã 5 parties.
Poudre de vanille.........	}
Poudre de séné...........	1 partie.

Une cuillerée à café trois ou quatre fois par jour.

(*Med. Record*, 14 octobre 1893.)

NOTES ET INFORMATIONS

Association médicale mutuelle du département de la Seine.

Cette Association a célébré, la semaine dernière, dans un banquet auquel elle avait convié les représentants de la *Presse Médicale*, les premiers 100.000 francs de son capital-réserve.

Nous croyons devoir reproduire ici l'allocution du Président, qui donne une idée de l'utilité et des progrès de l'œuvre.

Messieurs,

Procurer aux carrières dites libérales les bienfaits de la mutualité qui semblait le monopole des associations ouvrières ; éviter la nécessité, toujours pénible, de recourir à l'assistance charitable de nos associations professionnelles en établissant le *droit absolu* à l'indemnité de maladie, tels sont les deux grands services que notre fondateur, le toujours regretté Gallet-Lagoguey, a rendus au corps médical français. Après trois longues années de recherches et de calculs, Lagoguey et les quelques collaborateurs auxquels il avait fait partager ses idées et ses espérances déclarent que l'Association médicale du département de la Seine commence à fonctionner sur les bases suivantes :

Toute Association mutuelle, pourvu qu'elle ne s'impose pas d'autres charges, peut allouer à ses membres atteints d'incapacité de travail temporaire ou permanente, par suite de maladies ou d'accidents, une indemnité quotidienne d'un taux égal à celui de la cotisation mensuelle versée par chacun d'eux. Elle peut payer cette indemnité avec ses seules ressources, quelle que soit la durée de la maladie.

Nous sommes en 1887.

Les 67 premiers adhérents passent heureusement l'année sans maladie.

En 1888 nous sommes		120
— 1889	—	151
— 1890	—	194
— 1891	—	215
— 1892	—	256
— 1893	—	280 à cette date.

Avec les adhésions plus nombreuses, les maladies ont fait leur apparition, et depuis notre fondation nous avons eu à payer 40.500 francs à nos sociétaires.

Laissez-moi vous citer quelques-unes de ces indemnités. Le minimum est de 90 francs. Je ne parle pas des indemnités de 100, de 200 ou de 300 francs, mais que pensez-vous

de 5	indemnités	de 500 à	580 francs.
de 6	—	de 700 à	770 —
de 2	—	de 810 et	820 —
de 2	—	de	1 000 —
de 1	—	de	1 100 —
de 1	—	de	1 930 —
de 1	—	de	2 450 —
de 1	—	de	2 740 —
de 1	—	de	3 750 —
et enfin de 1	—	de	4 850 francs?

Ne trouvez-vous pas, Messieurs, que ce sont là des chiffres éloquents, et ce n'est pas sans hésitation que je me suis décidé à avouer de telles prodigalités devant notre conseil judiciaire. Rassurez-vous, Messieurs, nos dépenses étaient prévues, et si bien prévues, que nous célébrons aujourd'hui les premiers

00.000 francs de notre capital-réserve. Il faut dire que chez nous *toutes les fonctions sont gratuites*, et que nos frais de gestion ont été en moyenne de 4 francs par an et par sociétaire ce qui rétablit une heureuse moyenne avec les grosses dépenses de maladie.

Messieurs, aux assemblées annuelles, le secrétaire a toujours les corvées désagréables : je désire qu'il ait un dédommagement ce soir : je lui laisse le plaisir et l'honneur de porter la santé de nos hôtes : mais, avant de lui donner la parole, je vous prie de lever vos verres à la mémoire de notre fondateur, Gallet-Lagoguey, et à la santé du triomphateur d'aujourd'hui, j'ai nommé notre excellent trésorier et ami, le Dr Fissiaux.

— Le Sénat a nommé la Commission chargée de l'examen du projet de loi adopté par la Chambre des députés, ayant pour objet la protection de la santé publique. Cette Commission, qui se compose de MM. Léon Labbé, Berthelot, Dethou, Camescasse, Demoulins, de Riols, Lesouëf, Darbot, Cordelet et Cornil, s'est réunie hier pour la première fois et a choisi M. Berthelot pour président et M. Darbot pour secrétaire.

— Le président de la République a signé les décrets destinés à assurer l'application de la nouvelle loi sur l'exercice de la médecine, qui doit être mise en vigueur le 1er décembre prochain.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris.

M. le Dr Landouzy, agrégé, est nommé professeur de thérapeutique et matière médicale.

Facultés et Ecoles des Départements.

Faculté de médecine de Toulouse.—Par arrêté du 31 octobre, sont maintenus, pour l'année scolaire 1893-94, dans les fonctions ci-après désignées : 1° chef des travaux : MM. Abelous, agr., physiologie; Marie, chargé d'agr., chimie (chargé des fonctions de chef); Gérard, chargé d'agr., chimie (laboratoire des cliniques); 2° préparateurs : MM. Jammes, pathologie externe; Soulié, histologie; Campistron anatomie pathologique; Baylac, pathologie externe; Bonnet, pathologie et thérapeutique générales : Iversenc, hygiène; Thévenin, thérapeutique; Pierre, médecine légale; Nougue, chimie; Pujens, matière médicale.

M. Boulade est nommé, pour l'année scolaire 1893-1894, préparateur de pharmacie.

Sont maintenus, pour l'année scolaire 1893-1894, comme chargés des cours ci-après désignés :

MM. Bézy, clinique des maladies des enfants; Guilhem, chef des travaux de médecine légale; Garrigou, hydrologie.

Bauby, chef de clinique chirurgicale, est prorogé dans ses fonctions jusqu'au 1er novembre 1894.

M. Aldihert est maintenu pour deux ans, à dater du 1er novembre 1893, comme chargé des fonctions d'agrégé (section de chirurgie).

Ecole de médecine et de pharmacie de Clermont. — Par arrêté en date du 7 novembre, M. Planchard, suppléant des chaires de pathologie et de cliniques médicales à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Clermont, est chargé, pour l'année scolaire 1893-1894, d'un cours de clinique obstétricale et gynécologique à ladite Ecole.

Par arrêté en date du 14 novembre 1893, un concours s'ouvrira le 3 mai 1894, devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Toulouse pour l'emploi de suppléant de la chaire d'histoire naturelle à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Clermont.

Le registre d'inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Ecole de médecine et de pharmacie de Rouen. — M. Gaspard (Louis-Albert), pharmacien de première classe (diplôme supérieur), est nommé professeur de chimie et toxicologie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen.

Faculté de médecine de Lille. — M le Dr Castelain est maintenu dans ses fonctions de chargé d'un cours complémentaire de clinique des maladies des enfants et de syphilis infantile.

Faculté de médecine et de pharmacie de Lille. — Le Conseil de la Faculté de médecine de Lille, dans sa séance du 16 février, a dressé sa liste de présentations pour la chaire de thérapeutique actuellement vacante dans cette Faculté :

Elle a présenté : en 1re ligne, M. le Dr Combemale, agrégé, chargé du cours de thérapeutique à ladite Faculté ; en 2e ligne, M. le Dr E. Rondot, agrégé libre.

Faculté de médecine de Nancy. — M. le Dr Faure est institué chef de clinique ophtalmologique.

École de médecine de Poitiers. — M. Guitteau est nommé chef des travaux micrographiques et chargé d'un cours complémentaire d'histoire naturelle.

Faculté de médecine de Montpellier. — Mme veuve Bouisson vient de léguer à ladite Faculté : 1° un château et un domaine (estimés un million de francs), pour servir à une fondation scientifique et charitable que la Faculté devra ériger ; 2° une somme de 500,000 fr. destinée à payer les droits de succession et l'achèvement des constructions ; 3° une somme de 40,000 fr. dont les intérêts, joints à ceux de la somme de 100.000 fr. déjà donnée, serviront à distribuer des prix aux élèves de ladite Faculté.

Faculté de médecine de Nancy. — M. le Dr Vuillemin est chargé, pour la présente année scolaire, d'un cours d'histoire naturelle.

Ecole de médecine d'Amiens. — M. le Dr Dewèvre, licencié ès sciences naturelles, est institué, pour une période de neuf ans, suppléant de la chaire d'histoire naturelle.

Académie des sciences.

Par décret en date du 11 novembre, est approuvée l'élection faite par l'Académie des sciences de M. le Dr Potain pour remplir la place d'académicien titulaire devenue vacante dans la section de médecine et chirurgie par suite du décès de M. Charcot.

Corps de santé des colonies.—Par décret en date du 3 novembre, M. Alguier (Augustin-Louis), médecin de 2e classe, a été nommé médecin de 1re classe.

Cours d'histoire de la médecine et de la chirurgie. — M. le professeur Laboulbène a commencé le cours d'histoire de la médecine et de la chirurgie le samedi 18 novembre 1893, à 5 heures (petit amphithéâtre), et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure. — Dans les premières leçons, le professeur résumera l'histoire de la période hippocratique.

Congrès international de médecine de Rome. — L'époque du Congrès de Rome est fixée d'une façon définitive à la semaine de Pâques et aura lieu du 29 *mars* au 5 *avril* 1894.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Thérapeutique des maladies des organes respiratoires, par le Dr H. Barth, médecin de l'hôpital Broussais. (*Bibliothèque de thérapeutique médicale et chirurgicale.*) — O. Doin, éditeur, 8, place de l'Odéon, Paris, 1893.

Traité clinique de dermatologie, par le Dr Tenneson, médecin de l'hôpital Saint-Louis. — O. Doin, éditeur, 8, place de l'Odéon, Paris, 1893.

Traité des maladies de la bouche (pathologie interne) suivi d'un *précis d'hygiène de cette cavité*, par le Dr Maurel, médecin principal de la marine, agrégé à la Faculté de médecine de Toulouse. — O. Doin, éditeur, 8, place de l'Odéon, Paris, 1893.

Le Rédacteur en chef et Gérant : F. de Ranse.

Paris. — Typ. A. Davy, 52, rue Madame — *Téléphone.*

64e Année. 8e Série. Tome II — N° 48 — 2 Décembre 1893

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : **Dr F. de RANSE** — *Rédacteur en chef :* **Dr Pierre SEBILEAU**

Secrétaire de la Rédaction : **M. Em. EMERY**

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal : 28, rue Vignon

Paris, le 1er décembre 1893.

Les divers organes de la Presse médicale, complètement transformée depuis un certain nombre d'années, paraissent suivre deux courants :

Les uns, s'inspirant des errements de la presse politique, sont avant tout des *journaux d'informations*, et mettent tous leurs efforts à renseigner le plus promptement possible leurs lecteurs sur ce qui se passe dans le monde médical, soit en France, soit à l'étranger. Ils réunissent ainsi et entassent au jour le jour un nombre considérable d'observations, de faits, de nouvelles, de documents, au milieu desquels chacun peut puiser, mais qui, pour conduire à des applications vraiment utiles, réclament un travail préalable de sélection, de contrôle et de comparaison.

Les autres, en faisant justement ce travail préalable et en l'épargnant ainsi à leurs lecteurs, se sont donné pour mission de continuer, en quelque sorte, l'enseignement des écoles, et de poursuivre une œuvre d'instruction et de vulgarisation, à la fois scientifique et clinique, constamment en rapport avec les progrès accomplis chaque jour.

Ces deux ordres de journaux sont également intéressants et utiles; loin de s'exclure, ils se complètent les uns les autres, ce qui veut dire que tout médecin, désireux de suivre de près le mouvement scientifique, ne peut plus, comme il y a vingt ou trente ans, se borner à lire un journal : sans parler des revues spéciales, s'il s'est spécialisé, il doit recevoir un journal d'informations et un journal d'instruction ou de vulgarisation.

De là naît pour la presse médicale un nouveau devoir : celui de mettre ses prix d'abonnement à la portée des bourses les plus modestes.

La *Gazette médicale*, depuis nombre d'années, s'est efforcée de réaliser dans la pratique les idées qui précèdent. L'un des plus anciens et des plus estimés parmi les journaux de vulgarisation, elle a créé une annexe qui, sous le titre de *Journal des Sociétés scientifiques* et plus tard de *Revue Générale de Médecine, de Chirurgie et d'Obstétrique*, constituait un journal d'informations. En même temps, elle réduisait son prix de 36 à 25 francs. L'expérience a montré que la réunion, sous la même direction, de ces deux ordres de publications, est une charge très lourde, et qu'il y a un avantage incontestable à consacrer à l'une d'elles exclusivement tous ses efforts.

Laissant donc aux journaux d'informations le soin de remplir leur programme, la *Gazette Médicale* se renferme dans celui qu'elle a toujours suivi et suspendra, à la fin de la présente année, la publication de la *Revue Générale de Médecine, de Chirurgie et d'Obstétrique*. En même temps, elle réduit son prix d'abonnement de 25 à 10 francs pour la France, et 12 francs pour les pays ayant adhéré à l'Union postale.

Depuis plus de trente ans que nous écrivons dans ce journal, et près de vingt-sept que nous avons l'honneur de le diriger, nous avons atteint la limite qui, dans l'armée et dans la plupart des administrations publiques, donne droit à la retraite. Nous ne songeons pas, cependant, à nous séparer de nos fidèles et bien-aimés lecteurs, mais ils nous permettront, dans l'intérêt même de l'œuvre qui nous est commune, de passer la plume de rédacteur en chef à un homme jeune, par conséquent plus actif et plus au courant que nous des nouvelles méthodes d'études, de recherches, et des résultats qu'elles donnent, résultats qui entretiennent le mouvement scientifique.

M. Sebilean, qui va nous succéder dans ces fonctions, n'est pas ici un inconnu ; nous le comptons depuis longtemps déjà au nombre de nos collaborateurs. Ancien prosecteur des hôpitaux, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, notre distingué confrère connaît mieux que personne ce qui convient à l'instruction des jeunes gens qui, hier, étaient des élèves et aujourd'hui sont des praticiens. De plus, entouré d'une phalange de

travailleurs qui, comme lui, ont le feu sacré et joindront leurs efforts à ceux de nos anciens collaborateurs. il saura remplir à son honneur le programme qu'il s'est tracé et que nous lui laissons plus bas le soin de faire connaître. Nous réservant la direction générale du journal, nous entendons lui donner ici toute l'indépendance, toute l'initiative, et partant la responsabilité qui appartiennent au rédacteur en chef. M. Sebileau peut donc prendre un libre essor. A l'œuvre on le jugera : nous ne redoutons pas pour lui ce jugement.

Dr F. de Ranse.

Je prends aujourd'hui la direction scientifique de la *Gazette médicale*.

Je désire que ce journal soit utile avant tout aux praticiens et aux étudiants ; il sera pratique. Cela ne l'empêchera pas, j'espère, de suivre les progrès de la science française et étrangère.

Voici le programme de la *Gazette médicale*. Chaque numéro contiendra :

1° *Une critique* médicale ou une critique chirurgicale sur la quinzaine scientifique. Ce genre d'article, très en faveur autrefois, est aujourd'hui délaissé ; il est cependant utile, à mon avis. *La Gazette médicale* essaiera de le faire revivre ;

2° *Une clinique* ou bien un *travail original*;

3° *Un compte-rendu* des Sociétés savantes;

4° *Une Revue* des principaux articles de journaux français et étrangers;

5° *Un bulletin* de thérapeutique médicale ;

6° *Un bulletin* de thérapeutique chirurgicale. Dans ce bulletin, que je rédigerai le plus souvent possible, je décrirai simplement et pratiquement quelques-unes de ces opérations dites *spéciales*, dont la technique n'est pas, que je sache, bien et complètement résumée dans un traité didactique, et que les élèves ont ordinairement quelque peine à apprendre ;

7° *Un bulletin* d'informations;

8° La dernière page de ce journal sera réservée aux étudiants qui se destinent au concours. On y traitera les questions difficiles d'anatomie, de physiologie et de pathologie qui peuvent être posées par les juges de l'internat.

Pour mener à bien cette tâche que je crois difficile, je me suis assuré la collaboration de camarades instruits et actifs. Avec eux et avec moi travaillera, pour le bien de la *Gazette médicale*, un de mes jeunes et laborieux amis, Émile Émery, qui a bien voulu réserver à notre rédaction les loisirs que lui laisseront ses devoirs d'interne.

Pierre Sebileau.

A partir de ce jour, les bureaux de la Gazette médicale *sont transférés 28, rue Vignon. Tout ce qui concerne la rédaction, l'administration, les abonnements, les échanges, etc., doit être envoyé à cette adresse.*

CRITIQUE CHIRURGICALE

Les médecins viennent de prendre leur revanche ; ils ont en partie reconquis le péritoine qui semblait leur échapper. Il y avait à peine trois mois que Ch. Roersch avait écrit, dans la *Revue de chirurgie*, un long plaidoyer en faveur du traitement de la péritonite tuberculeuse par la laparotomie, et l'on finissait à peine de disputer, à la *Société de chirurgie*, des résultats de cette intervention et du mécanisme par lequel elle assure la guérison, que M. Rendu est venu conter, à la *Société médicale des hôpitaux*, l'histoire clinique d'une malade traitée avec succès par des injections intra-péritonéales de naphtol camphré. Il convient donc, disait-il en terminant sa communication, d'essayer les injections de liquides antiseptiques avant de recourir à la laparotomie. Cette petite chirurgie elle-même a reçu, séance tenante, un coup de boutoir. Nous avons vu disparaître des péritonites tuberculeuses par la seule application de simples vésicatoires sur le ventre, ont répondu MM. du Cazal et Sevestre. Et M. P. Le Gendre a ajouté: Je connais une jeune fille qui a été guérie par des promenades en tricycle. Quelques jours après, M. Hanot rapportait l'observation d'un malade qu'une simple ponction avait débarrassé d'une pleurésie hémorrhagique de nature bacillaire. M. Millard a fait des constatations analogues, et M. Comby pense que la tuberculose du péritoine et des plèvres est quelquefois d'une très remarquable bénignité.

Il n'était, je crois, depuis longtemps douteux pour personne que la péritonite tuberculeuse pût guérir spontanément; mais il ne faut pas nier l'importance des faits qui viennent d'être publiés. La chirurgie n'aurait pas, me semble-t-il, perdu beaucoup de terrain, s'il était démontré que l'intervention n'est jamais nuisible ; mais il ne faut pas oublier qu'il y a eu des séries noires, si noires même que quelques chirurgiens, et des moins timorés, Loblein, Spaeth, par exemple, se sont demandé si beaucoup de péritonites tuberculeuses guéries par l'ouverture du ventre n'étaient pas de simples péritonites chroniques. A la vérité, c'est là un argument qu'on peut retourner avec plus de raison encore contre les médecins, pour la raison que, chez les malades dont ils signalent la cure spontanée, il leur a été impossible de faire le diagnostic *de visu*.

Bref, cette question du traitement de la péritonite tuberculeuse reste encore pendante. De la discussion récente qui s'est engagée là-dessus à la Société de chirurgie, et à laquelle ont pris part, MM. Picqué, Berger, Routier, Bazy, Bouilly, il résulte, au résumé, ceci : c'est d'abord qu'on ne sait pas au juste comment agit la laparotomie (il semble qu'il y ait plusieurs modes de guérison) ; c'est ensuite que la tuberculose péritonéale de la femme est souvent consécutive à la tuberculose de l'appareil génital profond. Au reste, on ne s'entend pas mieux à Pise qu'à Paris. MM. Nannotti et Baciocchi prétendent que la laparotomie améliore la péritonite tuberculeuse du lapin et guérit celle du chien; ce à quoi M. Maffucci répond : « Mais l'expérience prouve que la tuberculose du péritoine guérit chez le chien sans intervention. »

Presque au même moment où M. Ramakers publiait dans le *Bulletin médical d'Algérie* l'observation d'une malade définitivement guérie d'un épithélioma du col utérin

par l'hystérectomie vaginale (il y a cinq ans que l'exérèse a été pratiquée), une discussion très décourageante s'engageait à la *Société italienne de chirurgie* entre MM. Caselli, Durante et d'Autona. Dans presque tous les cas, ils ont vu survenir la récidive, et souvent la récidive rapide, alors même que l'opération avait été pratiquée tout à fait au début. C'est au point que M. Durante se demande si les guérisons données comme définitives par quelques chirurgiens ne répondent pas à des erreurs de diagnostic, et que M. Caselli n'ose plus intervenir que sur les patientes qui réclament elles-mêmes l'opération chirurgicale. On croirait vraiment lire l'histoire du cancer de la langue. Il y a là matière à un beau travail pour qui prendrait le temps et aurait la patience de colliger les observations de plusieurs chirurgiens et (chose plus difficile), de rechercher leurs anciennes opérées.

M. Boureau a du courage et du bonheur. Du courage, puisqu'il n'a pas hésité à s'inoculer la blennorrhagie ; du bonheur puisqu'il a trouvé trois malades assez confiants dans la puissance du traitement de leur médecin pour n'hésiter pas à imiter l'exemple qu'il leur donnait. Personne, paraît-il, n'a eu à se repentir. Voici : on inocule l'urèthre ; on se retient de pisser deux heures durant. Treize heures après, on introduit dans le canal un porte-topique ou coton à mailles lâches enduit de vaseline au sublimé. On le garde huit heures et on attend la blennorrhagie qui ne vient pas. A placer, comme contre-recette, à côté de la formule célèbre de Ricord.

M. Michaux et M. Tuffier ont récemment pratiqué l'un et l'autre une laparotomie chez des malades atteintes d'hématocèle pelvienne. Il s'agissait, dans les deux cas, d'une rupture de grossesse tubaire. L'opérée de M. Michaux ayant présenté une légère suppuration, à l'encontre de celle de M. Tuffier qui a guéri, après lavage et drainage de la cavité abdominale, sans aucun accident, une discussion s'est élevée au sein de la *Société de chirurgie* sur la septicité des hématocèles. La plupart du temps, dit M. Quénu, ces épanchements sanguins sont très septiques et la preuve en est qu'ils s'enkystent en infectant autour d'eux le péritoine qui réagit et produit des néo-membranes. M. Reynier pense, au contraire, que ces hématocèles sont aseptiques ; aussi ne fait-il pas de drainage. Cette question des qualités infectieuses du sang des hématocèles est très intéressante ; on ne lui attache pas, en général, me semble-t-il, dans les livres classiques, toute l'importance qu'elle mérite. En 1890 j'ai montré, dans la thèse de Surer (1), que l'évolution de l'hématocèle pelvienne dépendait exclusivement du degré d'asepsie ou de septicité du sang ; nous écrivions alors, mon ami et moi :

« Toute hématocèle dans une séreuse non infectée est sans danger ; sa résorption totale est l'affaire de quelques jours, elle ne suppure jamais et ne détermine jamais de lésions péritonéales ; si maintenant, par l'intermédiaire de la trompe, l'épanchement est envahi par les micro-organismes cultivés dans le vagin ou l'utérus, le caillot peut subir deux évolutions différentes. Si l'infection est légère, bénigne, ou bien si un traitement approprié a pu assez tôt et assez bien désinfecter l'utérus, il se produira une inflammation peu intense du péritoine qui répondra à la présence des microorganismes, comme toutes les séreuses, par la production de néo-membranes ; si l'infection, au contraire, est grave, profonde, le caillot entrera en suppuration, et, du même coup se développera une pelvi-péritonite purulente. »

En règle, on peut dire, je crois, que dans la plupart des cas où on est conduit à l'opération, l'épanchement est assez septique pour qu'on se mette, par le drainage, à l'abri de tout accident ; à moins qu'on n'ait dans le lavage la confiance de M. Lucas-Championnière, « qui ne s'inquiète pas de savoir si l'épanchement est septique ou non, et qui ne draine jamais, se préoccupant seulement des conditions dans lesquelles on a pratiqué de lavage. »

PIERRE SEBILEAU.

(1) Th. Surer, 1890. *De l'hématocèle intrapéritonéale chez la femme.*

HOPITAL COCHIN. — CLINIQUE DE M. LE Dr QUÉNU

Professeur agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

LES FIBROMES DOULOUREUX DE L'UTÉRUS.

Je viens de vous dire que le fibrome de cette malade n'était pas enclavé dans le petit bassin ; le toucher vaginal nous renseigne, à cet égard, d'une façon péremptoire ; mais on pouvait s'en douter *à priori* ; voici pourquoi. Le rectum n'est pas comprimé, puisqu'il n'y a aucun signe d'obstruction partielle de l'intestin ; la vessie ne l'est pas davantage, puisqu'il n'existe aucun trouble de la miction ; le plexus sacré n'est pas en souffrance puisqu'il n'y a pas de douleurs.

L'absence du météorisme ne suffirait point à me faire porter un pareil diagnostic ; l'intestin grêle, chassé du petit bassin par le fibrôme qui prend sa place, échappe toujours à la compression ; de son côté, le rectum est *bon enfant* et tout reste en bon ordre, la plupart du temps, dans le tube digestif, pourvu que le néoplasme permette une débâcle de temps à autre ; mais le plexus sacré n'est pas tolérant ; à peine attaqué, il se défend, et répond de suite à la compression par des douleurs.

Ne croyez cependant pas que ceux-là seuls parmi les fibromes de l'utérus soient douloureux qui pèsent sur le plexus sacré quand ils sont dans le petit bassin, ou sur le plexus lombaire quand ils se sont élevés dans la cavité abdominale.

Il en est d'autres qui provoquent la douleur par l'intermédiaire de l'ovaire ou du péritoine pelvien. Rappelez-vous ce qui se passe ordinairement au cours d'une ablation des annexes de l'utérus. La malade est endormie ; on incise la peau, les muscles, le péritoine sans qu'aucun de ces organes proteste. Puis, l'on glisse la main dans le petit bassin pour explorer la région malade ; alors, à peine les doigts rencontrent-ils l'ovaire, que des mouvements réflexes apparaissent ; la malade ne souffre pas, ne perçoit pas, mais elle se défend... La surface de l'ovaire est douée d'une sensibilité tout à fait particulière ; dès que vous vous adressez à cet organe, il vous répond en commandant un réflexe de protection. Il y a, en somme, dans le ventre, ce qu'on peut appeler deux points particulièrement sensibles ; la surface ovarienne et le péritoine du cul-de-sac de Douglas. Vous avez pu le constater récemment chez une de nos malades. Au cours d'une laparotomie, chaque fois qu'avec un tampon j'exerçais un attouchement, même léger, sur le péritoine du

bas-fond pelvien, la malade faisait une longue inspiration bruyante suivie d'une pause respiratoire. Et c'est ainsi, par leur contact avec l'ovaire, d'une part, par le frottement ou le frôlement qu'ils exercent sur le péritoine du cul-de-sac de Douglas, d'autre part, que certains fibromes utérins deviennent doulonreux. Il me vient au souvenir, à cet endroit, un cas bien intéressant.

Une malade que j'ai opérée il y a quatre ans portait un myôme gros environ comme une orange, et inséré par un petit pédicule sur l'angle droit de l'utérus. Ce myôme était flottant, tout à fait ballottant dans le petit bassin: mais il était extrêmement douloureux, si douloureux même qu'il provoquait des syncopes et que je m'étais mépris sur la nature de la tumeur. Quand le ventre fut ouvert, j'explorai l'ovaire; immédiatement, la malade se mit en défense; plusieurs fois je recommençai l'expérience, et chaque nouveau frôlement provoqua des réflexes musculaires intenses. Alors, étudiant les rapports du fibrôme, je pus facilement constater que dans les changements de position auxquels il était soumis, il venait, basculant sans peine d'un côté et de l'autre, heurter l'ovaire avec plus ou moins de violence comme une sorte de battant de cloche. La tumeur fut enlevée; sur l'avis de Terrier je pratiquai une double castration. Jamais, depuis cette époque, ma malade n'a ressenti de douleurs; elle mène cependant une vie très active.

Ne croyez pas que ces réflexes, pour se produire, exigent une lésion quelconque de l'ovaire ou du péritoine pelvien. Je vous ai montré que l'un et l'autre étaient absolument sains chez notre dernière opérée; le toucher vaginal ne provoquait aucune douleur; nous avons pu, le ventre ouvert, constater l'intégrité absolue de tous les organes qui entouraient le myôme. Non. C'est bien là une sensibilité physiologique.

Il existe d'autres fibromes de l'utérus qui ne déterminent de souffrance qu'en raison des phénomènes inflammatoires qu'ils provoquent. Ces phénomènes inflammatoires se manifestent soit au sein même de la tumeur, et secondairement sur le péritoine qui la recouvre, soit sur la trompe et sur l'ovaire. Les uns et les autres sont faciles à interpréter. Il est d'abord deux choses que vous devez savoir.

La première c'est que le fibrôme en coudant, en rétrécissant, en modifiant la forme et la contenance de la cavité utérine, en rend l'infection facile; l'utérus se vide mal; il y a rétention. Regardez donc avec quelle peine nous introduisons un hystéromètre dans la matrice de la plupart de nos malades qui sont atteintes de fibrôme! Ainsi, se développe, au sein de l'organe, un excellent milieu de culture pour les microorganismes.

Ce que vous devez savoir encore, c'est que la présence d'un myôme s'accompagne toujours d'un développement énorme des vaisseaux dans la muqueuse utérine, dans le muscle utérin, dans le ligament large. Ainsi se multiplient autour du foyer septique, les voies d'absorption, si bien que du fait seul de son accroissement, le fibrôme, par son action sur la cavité utérine, facilite l'infection de l'organe, et par la vascularisation qu'il provoque, assure la propagation de cette septicité locale.

L'infection, disais-je, gagne le tissu du fibrôme lui-même ou bien la trompe et l'ovaire. En ce qui concerne ceux-ci, rien ne vous étonne; vous connaissez l'histoire des salpingites blennorrhagiques ou puerpérales; le mode d'infection est ici le même et je ne veux pas insister, car vous n'ignorez pas comment se développe alors la péritonite partielle avec ses fausses membranes, ses adhérences, ses douleurs. Mais peut-être l'infection de la masse néoplasique vous est-elle moins connue; elle n'a rien cependant qui doive vous surprendre. N'oubliez pas qu'on rencontre des microorganismes en plein milieu du muscle utérin quand la muqueuse est infectée, sur une malade atteinte de métrite par exemple. Comme s'infecte le corps de l'utérus, de même s'infecte le corps du fibrôme. C'est là même qu'il faut, sans doute, chercher l'origine de la méprise commise, il y a quelques années, par MM. Landouzy et Galippe qui, ayant rencontré au sein de quelques myômes utérins des colonies microbiennes, en avaient induit qu'elles étaient la cause du développement des fibres musculaires, et comme l'épine autour de laquelle proliféraient les éléments normaux de l'organe. Il y a là, certes, une erreur; et la généralisation avait été trop rapide. Roux lui-même a examiné avec le plus grand soin le pédicule d'un fibrome que j'ai enlevé et n'y a pu découvrir aucun microorganisme; dans l'espèce un résultat négatif a, comme vous le comprenez une grande valeur.

Au résumé, vous voyez que les fibromes de l'utérus peuvent provoquer la douleur par différents mécanismes; ils peuvent peser sur le plexus sacré ou bien sur des rameaux du plexus lombaire; ils peuvent frôler l'ovaire; ils peuvent enfin s'infecter ou permettre l'infection des trompes et des ovaires. Action mécanique d'une part; action modificatrice de l'autre.

P. S.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 28 novembre 1893. — Présidence de M. Laboulbène.

Abcès sous-méningé, ouverture du crâne; guérison.

M. Péan fait une communication sur une trépanation du crâne pour abcès sous-méningé, suivie de guérison. Il présente une petite fille de quatre ans et demi, qui, il y a quatre mois, reçut une balle de revolver au niveau de l'œil droit; la balle pénétra dans le crâne. Consécutivement on observa une abolition complète de la vision de l'œil droit, de la céphalalgie, de la fièvre, un affaiblissement de la vue de l'œil gauche. Il survint plus tard une hémiplégie flasque du côté gauche, complète au niveau du bras, incomplète au niveau du membre inférieur et de la face.

Vers la fin de septembre, la petite malade présenta, en outre, un accès d'épilepsie jaksonnienne. La trépanation fut alors décidée et pratiquée au niveau de l'extrémité supérieure de la zone rolandique. L'incision des méninges livra passage à 200 grammes de plus; lavage de la cavité purulente; suture de la dure-mère au catgut, des parties molles au crin de Florence; on laissa à demeure dans la plaie, un tube de caoutchouc.

Les mouvements réapparaissent dans les parties précédemment paralysées et la vision s'améliore légèrement quelques jours après l'opération. Trois semaines après le draine était enlevé.

Les accès d'épilepsie ont cessé complètement depuis l'inter-

vention, actuellement la guérison peut être considérée comme complète.

Sur la méthode hydro-électrique.

M. Labat fait, au nom de M. Gautier, et au sien, une communication sur les résultats qu'ils ont obtenus par l'emploi du bain hydro-électrique, à courant alternatif sinusoïdal.

Ils ont traité par ce procédé un grand nombre de malades et de leurs observations résultent les conclusions suivantes :

1° Le courant alternatif sinusoïdal généralisé à toute la surface du corps par l'intermédiaire de l'eau est un puissant excitant de la nutrition.

2° Il est indiqué dans les affections qui dérivent d'un ralentissement de la nutrition, telles que : l'eczéma, le rhumatisme subaigu ou chronique, la sciatique, la goutte, les différentes formes de l'arthritisme, l'obésité, la chloro-anémie, le lymphatisme et le rachitisme.

3° Il agit aussi d'une manière favorable dans les cas d'atrophie musculaire, même généralisée, et dans la paralysie infantile.

Asymétrie du corps.

M. Clozier (de Beauvais) a constaté assez fréquemment une asymétrie acquise entre les deux moitiés latérales du corps humain. Elle se caractérise par : 1° un abaissement de l'épaule droite ; 2° des déformations concordantes de la cage thoracique 3° des déviations de la colonne vertébrale ; 4° des déformations du bassin ; 5° le raccourcissement et l'abaissement du membre inférieur droit.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 22 novembre 1893. — Présidence de M. Périer.

Hydronéphrose intermittente ; ponction simple ; guérison.

M. Reynier lit un rapport sur deux observations adressés par M. François Hue (de Rouen). La première a trait à un jeune officier de cavalerie qui, il y a sept ans, vit se développer rapidement, dans son hypochondre gauche, une tumeur du volume d'une tête d'adulte. M. Hue, se basant sur les caractères de la tumeur et la marche de l'affection, diagnostiqua une hydronéphrose intermittente. La ponction donna issue à 4 litres de liquide, et depuis la guérison s'est maintenue. Au point de vue étiologique, M. Hue n'a rien trouvé dans les antécédents de son malade, à part la probabilité d'une tuberculose mésentérique ayant évolué dans l'enfance.

S'il s'agit bien réellement d'une guérison définitive, cette observation nous démontre la possibilité de la guérison de l'hydronéphrose intermittente par la ponction simple, mais le fait est tellement rare qu'on ne saurait considérer ce mode de traitement comme ayant une valeur absolue. Dans la statistique de 83 cas de MM. Terrier et Beaudouin, 2 cas seulement ont été suivis d'un succès analogue, et encore ces auteurs ont-ils des réserves à cet égard.

Recherchant la cause des accidents, M. Hue, à pu, dans le cas qu'il a observé, éliminer l idée d'un rein mobile et celle de la lithiase rénale ; on peut trouver dans l'existence de lésions tuberculeuses anciennes une raison suffisante pour expliquer une diminution du calibre de l'uretère. Les recherches de MM. Albarran et Legueu ont, en effet, démontré que l'hydronéphrose se produit dans les oblitérations incomplètes de l'uretère, celui-ci conservant sa perméabilité.

M. Bazy. — D'après MM. Albarran et Legueu, l'oblitération complète de l'uretère ne produit pas l'hydronéphrose ; or, par des expériences nombreuses sur les animaux, j'ai pu constater, après l'oblitération complète de l'uretère, une hydronéphrose considérable accompagnée de lésions rénales. Je n'ai pas eu l'occasion d'observer la coudure de l'uretère qu'on a invoquée pour expliquer l'hydronéphrose intermittente.

Lipome du cordon spermatique.

M. Reynier. — La deuxième observation adressée par M. Hue se rapporte à un cas de tumeur rare de la région inguino-scrotale. Il s'agissait d'un homme de soixante-quatre ans, qui avait vu se développer cette tumeur, il y a treize ans environ. Elle était indolente, se prolongeait dans le canal inguinal et il était impossible de déterminer ses limites supérieures et inférieures. Le malade avait maigri, son état général était asssez mauvais, ce qui fit porter le diagnostic de tumeur du testicule en voie de transformation maligne. M. Hue intervint alors et trouva une vaste masse lipomateuse pesant près de 11 livres, et qui avait subi dans sa partie inférieure une dégénérescence colloïde. Elle fut réséquée après avoir été pédiculisée dans son trajet inguinal. La guérison fut complète.

Les lipomes du cordon spermatique sont rares, MM. Broca et Delbet en ont rapporté quelques exemples. Très souvent on les a confondus avec les hernies inguinales, principalement avec les épiplocèles irréductibles. Ces lipomes ont été considérés par quelques auteurs comme pouvant jouer un rôle pathogénique dans la production des hernies.

M. Reclus. — J'ai rapporté dans le Traité de chirurgie, une observation analogue à celle que M. Reynier vient de résumer. Il s'agissait d'un homme de soixante-deux ans, chez lequel je m'étais décidé à pratiquer la castration pour un myxome du testicule. Celui-ci était intact dans la vaginale et j'enlevai une tumeur du cordon formée par de la graisse pure, sans dégénérescence colloïde.

M. Schwartz. — J'ai opéré à Beaujon une lipome du cordon, coïncidant avec une tumeur du testicule ; je croyais trouver un sarcome du testicule ; ce sarcome existait, mais il existait, en outre, un énorme lipome du cordon.

Sur un cas de grossesse extra-utérine.

M. Tuffier. — Il y a dix jours, je fus appelé auprès d'une femme que je trouvai dans le collapsus ; elle n'avait pas eu ses règles, me dit-on, depuis plus de deux mois ; dans le cul-de-sac vaginal postérieur on sentait une masse assez dure, donnant l'impression d'une hématocèle probablement consécutive à une grossesse extra-utérine. Je fis immédiatement la laparotomie et je trouvai un fœtus de deux mois et demi, absolument libre au milieu de l'épanchement sanguin provenant d'une des trompes. Lavage, puis drainage, suites opératoires très simples. La malade se porte admirablement.

M. Reynier. — Trois fois, j'ai rencontré un fœtus au milieu d'une hématocèle péri-utérine. Je ne vois pas les avantages du drainage employé par M. Tuffier, l'épanchement sanguin étant aseptique.

M. Quénu. — A cet égard, il y a une très grande variabilité, la plupart de ces épanchements sont très septiques, ce qui explique l'enkystement.

M. Lucas-Championnière. — Je ne me préoccupe pas de savoir si l'épanchement est septique ou non, je me préoccupe

seulement des conditions dans lesquelles on a pratiqué le lavage.

M. Richelot fait un rapport sur quatre observations de M. Millot-Carpentier (de Crèvecœur).

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 25 novembre 1893. — Présidence de M Chauveau.

Action du sang artériel sur la température.

M. Roger. — Si on introduit dans les veines d'un lapin 8 à 10 cc. de sang artériel provenant d'un chien ou d'un antre lapin, on détermine toujours une hypothermie qui dure de trente minutes à deux ou trois heures; puis la température remonte à la normale et s'y maintient.

Si, au contraire, on emploie du sang défibriné ou du sérum, on observe un résultat tout à fait différent et l'on constate une hyperthermie. Celle-ci n'est pas due au ferment de la fibrine, mais à des substances qui preunent naissance dans le sang très facilement.

La substance hypothermisante du sang s'élimine par les urines. Ce liquide contient de plus une substance thermogène. Ces deux corps peuvent être séparés très facilement.

Le rein joue le rôle d'un filtre pour la matière hypothermisante; mais il met en liberté la matière thermogène.

Le mécanisme de la régulation thermique et de la fièvre peuvent ainsi s'expliquer; on comprend aussi pourquoi l'urémie s'accompagne tantôt d'un abaissement, tantôt d'une élévation de la température.

Etude de la digestion chez un chien gastrectomisé.

M. Pachon présente à ce sujet, au nom de M. Carvallo et au sien, le résultat d'expériences qu'il a faites sur la digestion chez un chien auquel il a enlevé l'estomac.

Dégénérescence rétrograde du faisceau pyramidal.

M. Sottas. — Dans 4 cas de lésion transverse de la moelle épinière d'origine syphilitique, que j'ai observés dans le service de M. Dejerine, j'ai rencontré, à côté de la dégénérescence secondaire classique, une dégénérescence ascendante du faisceau pyramidal.

Elle ne semble pas devoir être rattachée à la destruction des cellules funiculaires de la substance grise, mais à une dégénérescence rétrograde expliquée du reste par l'anatomie expérimentale.

Des propriétés antidiurétiques de quelques urines de l'homme.

M. Henri Frænkel cite quelques expériences sur les animaux dans lesquelles, après injection d'urine dans le sang, il a pu observer dans quelques cas que quelques urines avaient des propriétés antidiurétiques.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 24 novembre 1893 — Présidence de M. Fernet.

Des suppurations froides consécutives à la fièvre typhoïde; spécificité clinique et bactériologique de l'ostéomyélite typhique.

M. F. Widal (en son nom et en celui de M. Chantemesse). — Les recherches bactériologiques récentes ont élucidé la pathogénie des suppurations observées au cours, au déclin et dans la convalescence de la fièvre typhoïde. Il est de notion courante, actuellement, que ces suppurations sont tantôt banales et occasionnées par les microbes pathogènes vulgaires, tantôt véritablement spécifiques et dues à la seule action du bacille typhique. De ces dernières, on possède actuellement une quarantaine d'observations : variables dans leurs localisations, elles ont cependant une prédilection pour le tissu osseux et pour les séreuses.

La symptomatologie est parfois commandée par le siège de la lésion; c'est le cas pour la méningite. En général la suppuration s'établit sans fièvre vive ni symptômes réactionnels intenses; il est même des cas où, la suppuration débutant par les os, la fièvre peut faire totalement défaut, les symptômes généraux manquer et la lésion évoluer pendant des mois et même plus d'une année sons le masque d'une ostéopathie syphilitique ou des abcès froids de la tuberculose.

C'est sur cette forme de suppuration froide, apyrétique, due au bacille d'Eberfh, que MM. Widal et Chantemesse veulent attirer l'attention et ils citent deux exemples qu'ils ont observés récemment.

La première observation se rapporte à un homme de 25 ans, qui, dans la convalescence d'une fièvre typhoïde, présenta un abcès sous-périosté du tibia. L'évolution de cette suppuration froide dura onze mois, elle se fit sans réaction générale et sans fièvre.

Chez le second malade, âgé de 29 ans, après une rechute de fièvre typhoïde, il apparut sur divers points du corps, radius, cubitus, tibia, etc., des suppurations froides qui, après incision, restèrent longtemps fistuleuses. Elles évoluèrent pendant près de quinze mois de façon à simuler des suppurations tuberculeuses.

L'examen bactériologique du pus montra le bacille d'Eberth à l'état de pureté. Or, dans aucun cas, jusqu'à présent, on n'a rencontré une persistance aussi longue de ce bacille dans l'économie.

En dehors du bacille de la tuberculose et du bacille typhique, les staphylocoques pyogènes peuvent, dans certains cas, occasionner aussi des suppurations froides et aboutir au même processus. Il est donc bien démontré que le bacille d'Eberth, après s'être généralisé pour donner une maladie aiguë, peut se localiser pour donner une maladie chronique, froide, apyrétique et sans réaction, évoluant par poussées, de façon à simuler pendant des années la tuberculose osseuse.

D'après 14 observations dans lesquelles la présence du bacille d'Eberth a été constatée, on peut résumer ainsi les caractères de l'ostéomyélite typhique :

L'âge du sujet et la forme de la fièvre typhoïde dont il a souffert sont les facteurs étiologiques les plus importants.

L'ostéomyélite typhique affecte une prédilection pour l'adolescence, mais ce n'est là qu'une prédilection, puisque dans une proportion notable des cas elle s'observe à un âge relativement avancé, contrairement à ce que l'on observe dans les ostéites dites de croissance dues aux microbes pyogènes vulgaires.

C'est surtout dans les formes à rechute et les formes prolongées que s'observe l'ostéomyélite typhique.

Elle est en général un accident de la convalescence. Le plus souvent, elle débute pendant le mois qui suit la défervescence, avec une prédilection pour la première semaine.

Relativement aux localisations de l'ostéomyélite typhique,

les os seuls ont été frappés dans les 14 cas, et presque toujours au niveau de leur diaphyse. *Le tibia est l'os de choix*; il a été atteint 12 fois sur 14. 7 fois un tibia seul était atteint. Les côtes et le cubitus ont été lésé 2 fois.

La lésion est presque toujours localisée dans les parties superficielles de l'os. Les deux foyers d'élection sont l'épaisseur du périoste et le tissu compact de la diaphyse.

La quantité de pus collecté peut varier de quelques gouttes à un quart de litre. Il est, en général, crémeux, bien lié, de coloration blanche ou jaune et sans odeur. Il contient en plus ou moins grande abondance des bacilles qui peuvent avoir conservé toute leur virulence.

La douleur n'a manqué dans aucune des complications. Elle marque le début de la complication. En général, elle est d'emblée localisée au point où la lésion osseuse va se développer, elle est très violente, quelquefois elle peut être véritablement ostéocope, comme dans la syphilis.

Il est des cas où la simple incision de la tumeur suffit pour amener une guérison rapide, mais souvent la suppuration se forme à nouveau ou bien la cicatrice reste fistuleuse pendant des années. Dans ce cas, on se trouve en présence d'une lésion osseuse plus profonde, et l'extirpation du foyer nécrosé, avec la gouge et le maillet, ou par l'application d'une couronne de trépan, devient nécessaire pour tarir la sécrétion fistulaire.

Les manifestations osseuses de la fièvre typhoïde sont bénignes, alors même qu'elles déterminent des lésions multiples et des suppurations abondantes en divers points du corps.

En résumé, il existe une ostéomyélite typhique ayant une anatomie pathologique particulière, des localisations spéciales, une symptomatologie, une marche, une évolution qu'on ne retrouve dans aucune maladie osseuse, dans aucune des ostéopathies syphilitiques et tubercules.

M. ACHARD confirme ce que vient de dire M. Widal sur la rareté relative de l'ostéomyélite typhique chez l'enfant.

Des tractions rythmées de la langue dans l'asphyxie consécutive à la trachéotomie.

M. MOIZARD communique deux observations qui montrent que le procédé des tractions rythmées de la langue, imaginé par M. Laborde, constitue une précieuse ressource contre les accidents asphyxiques consécutifs à la trachéotomie et qu'il peut réussir à les conjurer alors que la respiration artificielle a échoué.

Paralysie motrice systématisée des membres du côté droit, dysphasie et dysgraphie de nature fonctionnelle.

M. SÉGLAS communique une observation d'un jeune homme de 21 ans qui, à son réveil, sans cause appréciable, fut pris subitement d'incapacité de parler, avec symptômes paralytiques du côté droit, sans perte de connaissance. Il n'y eut ni surdité ni cécité verbales.

Tous ces accidents cessèrent au bout de trois semaines, mais deux ans plus tard, le malade fut atteint d'une nouvelle attaque qui survint de la même façon que la première et toujours sans perte de connaissance. Aphasie motrice avec absence de surdité et de cécité verbales, troubles de l'articulation et de l'écriture qui persistent encore. Les facultés intellectuelles sont conservées et les différents appareils sont intacts.

L'hypothèse d'une lésion cérébrale organique doit être rejetée; on doit plutôt regarder ces troubles comme analogues à ceux que l'on rencontre parfois chez des hystériques; ils sont dynamiques et fonctionnels.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

MANUEL OPÉRATOIRE DE L'URÉTHROTOMIE INTERNE (1),

Pratiquer une uréthrotomie interne, c'est faire sur le canal de l'urèthre, de l'intérieur vers l'extérieur, à l'aide d'un petit couperet triangulaire qui tranche partout où il ne passe pas librement, une incision dirigée dans le sens antéro-postérieur; ce couperet patine sur la glissière d'un cathéter cannelé à l'extrémité duquel est adaptée une bougie molle. Cette bougie molle est introduite dans le canal avant le cathéter et le conduit ainsi dans la vessie en lui ouvrant la voie.

A. LE SINE QUA NON DE L'OPÉRATION. — Pour faire l'uréthrotomie, il faut donc, avant tout, *assurer le passage de la bougie conductrice*. A canal fermé, pas d'uréthrotomie interne. Chez des malades vous arrivez d'emblée; là, pas de préparation nécessaire. Mais chez d'autres, le conducteur ne franchit pas le détroit; ici, ouvrez les voies.

Essayez des bougies très fines, droites, tortueuses, en gomme, en baleine; tâtonnez longtemps et patiemment, mais ne forcez jamais. Voilà que vous avez franchi la filière urétlurale; laissez la bougie filiforme à demeure, fixez-la; le malade pissera en dehors d'elle, le long des parois du canal. Vingt-quatre heures après (sans peine cette fois-ci), glissez une tige un peu plus grosse, fixez-la encore, et recommencez le lendemain. Au bout de quatre ou cinq jours le chemin est assez large pour l'uréthrotome. Opérez.

B. LA PRÉ-OPÉRATION. — Mais n'opérez jamais avant d'avoir, pendant une semaine, *préparé l'asepsie du canal uréthral et des urines*. Le malade prendra 4 grammes de salol en 8 cachets par vingt-quatre heures, et deux ou trois fois par jour vous ferez dans le canal, à l'aide d'une seringue de 150 à 200 grammes, de *grandes irrigations* avec une solution de chloral à 1/100.

Il importe aussi que vous *assuriez la propreté parfaite des régions voisines*. Rasez et savonnez le pubis, le scrotum, les aines. Cela vous paraît exagéré; détrompez-vous; l'uréthrotome, les bougies, les doigts se souillent au contact des poils et l'on porte ainsi, sur la plaie de la muqueuse, des germes qui provoquent des accidents. Puis, chaque fois que vous introduisez une bougie dans le canal ou que vous irriguez la muqueuse, frottez d'abord rigoureusement le scrotum, la verge, le gland et le prépuce à l'aide de tampons imbibés d'une solution de chloral à 20/1000.

Nettoyez aussi le tube digestif pour éviter tout accident de stercorémie, et la veille du jour où vous devrez opérer, administrez au malade telle purgation qui vous plaira.

C. LA PARA-OPÉRATION. — Avant d'opérer, vous avez à vous occuper de vos instruments, de l'anesthésie, de vos mains, du champ opératoire.

a. *Vos instruments.* — Des pinces à disséquer, des ciseaux, une pince hémostatique, une aiguille de Reverdin; enfin et surtout l'uréthrotome. Celui-ci se compose: 1° d'une fine bougie sur la tête de laquelle est fixée une

(1) Je prie le lecteur d'excuser la forme « impérative » de ma description. D'abord, ceci est un résumé des démonstrations de médecine opératoire que j'ai faites à Clamart pendant mon prosectorat. Ensuite, je trouve que cette manière de parler est plus vive, plus saisissante.

armature métallique avec pas de vis; 2° d'un conducteur métallique courbe (tige femelle) creusé, tout le long de la concavité, d'une cannelure ou glissière; la tête de ce conducteur est armée d'un anneau, et sa queue est rayée d'un pas de vis; 3° d'un curseur ou mandrin (tige mâle) qui glisse dans le rail du cathéter et à l'extrémité duquel se dresse une guillotine triangulaire mousse à son sommet, tranchante par ses deux côtés, et par sa base implantée sur le curseur; 4° d'une tige métallique droite, rayée aussi d'un pas de vis à son extrémité; 5° d'une sonde à bout coupé, creusée de deux orifices latéraux. Voilà vos instruments : vous avez *ébouillanté* tout ce qui est métallique; sortez de l'éprouvette où ils séjournent d'habitude, les objets en gomme élastique et trempez les dans la solution chloralée. Puis essayez-les. Regardez bien si l'armature métallique de la bougie conductrice est bien solide; faites courir le mandrin dans son ornière et voyez s'il glisse à son aise.

b. L'anesthésie. — Voici un canal irritable, douloureux, ou bien un malade nerveux, craintif, doué de réflexes intenses : chloroforme. Voici maintenant un homme à *bon moral*, et qui, sous le cathétérisme ne souffre ni ne se défend : cocaïne. Instillez dans le canal quelques gouttes d'une solution à 1/20; fermez le méat; attendez deux minutes, laissez le liquide s'écouler et recommencez encore; cela suffit.

c. Vos mains. — Ici, comme toujours, savonnez, brossez, lavez, trempez dans le chloral.

d. Le champ opératoire. — Irriguez le canal, frottez le gland, le prépuce, la verge; recouvrez les aines, le bas-ventre et le scrotum de compresses aseptiques protectrices.

D. L'OPÉRATION. — Coulez dans le canal la petite bougie humectée d'huile phéniquée. La voilà qui disparaît : est-elle bien dans la vessie? Ou ne s'est-elle pas, dans le canal, enroulée sur elle-même? Elle est dans la vessie : 1° si le malade a été pris, quand elle a franchi le col, du besoin d'uriner; 2° si en déplaçant la bougie, vous avez la sensation d'une « entière liberté »; 3° si vous pouvez, entre le pouce et l'index, la rouler facilement, *comme une cigarette*; 4° si en l'animant de mouvements de va et vient vous avez, par le frottement, la notion du rétrécissement franchi; 5° si, en explorant le pénis, le fond du scrotum et le périnée, vous ne la sentez pas par là recroquevillée quelque part.

Ne vous fiez du reste à rien de tout cela; vous allez bien voir maintenant si la bougie a passé là où elle devait passer.

Avec une pince hémostatique saisissez et fixez l'armature métallique de cette bougie; confiez la pince à un aide et de vos deux mains, délicatement, car il ne faut pas visser *à faux*, tournez dans le pas de vis creux de la bougie le pas de vis plein de la tige femelle de l'uréthrotome. Puis vous allez prendre la verge, tirer légèrement sur elle pour effacer les plis de la muqueuse, la coucher sur le ventre et enfoncer doucement. très doucement. le cathéter, longeant toujours la paroi supérieure du canal. Pour tout cela, mettez-vous à votre guise à la droite ou à la gauche du malade, et pour qui chaque temps de l'opération servez-vous de telle main vous plaira. Voilà donc la tige femelle qui pénètre, guidé par la bougie conductrice; c'est le *cathétérisme à la suite*; elle passe sous le pubis, puis derrière lui, et « s'engage dans la portion membraneuse ». Abaissez alors mollement, lentement, le pavillon de l'instrument et propulsez-le sans secousse et sans force. Si la verge obéit sans peine au mouvement se redressant d'abord puis s'inclinant vers les cuisses, tout est bien; quelques gouttes d'urine s'écoulent, suintant au dehors de la gargouille du conducteur; le bec de l'instrument se promène dans la cavité vésicale. Si au contraire, en abaissant le pénis, vous éprouvez une résistance profonde, si ça force, n'insistez pas; c'est sans doute que la bougie de conduite s'est recroquevillée dans le canal ou que le cathéter ne peut pas la suivre dans le défilé où elle s'est engagée; essayez de la réintroduire; recommencez aussi avec le cathéter, et si après deux ou trois tentatives douces et patientes vous n'aboutissez pas (cela arrive), n'insistez pas davantage, c'est partie remise. Réservez-vous le temps de dilater un peu le canal avec la bougie à demeure, de le « travailler ».

Le conducteur est dans la vessie; qu'un aide le tienne solidement par l'anneau, la verge en l'air presque droite, pas abaissée entre les cuisses. Placez la tige mâle dans la glissière de la tige femelle et d'une main engagez celle-ci dans le méat, tandis que de l'autre vous tirez un peu sur la verge pour *défroncer* la muqueuse. La guillotine s'enfonce et patine d'abord à son aise, coulant dans la cannelure par sa base, se donnant de l'air par son sommet qui est mousse, et repousse la paroi supérieur du canal; puis, à un moment donné, vous sentez de la résistance; poussez, voilà le couteau qui coupe d'avant en arrière sur la paroi supérieure, ce qui lui barre le passage, et qui franchit le détroit. Puis retirez; le voilà maintenant qui tranche d'arrière en avant, ce qui, de l'obstacle, avait résisté à la première section.

Je vous conseille de ne pas recommencer la manœuvre; une incision suffit; les lèvres vont s'écarter en losange, et comme dit Teavan : « Vous aurez fait comme un tailleur qui met une pièce à un vêtement trop étroit. » Done ne limez pas dans l'urèthre; ne « jouez pas du violon ».

Vous allez maintenant retirer la tige mâle, puis la tige femelle que vous dévisserez dès que l'armature de la bougie conductrice sera hors du canal; quelques gouttes de sang suintent du méat.

E. LA POST-OPÉRATION. — Devez-vous mettre une sonde à demeure? Oui, disent les uns, non disent les autres. Mettez-en. Vissez donc la tige métallique sur le pas de vis de la petite bougie qui est restée dans le canal; enfilez cette tige qu'un aide tient verticale, dans la lumière de votre sonde à bout coupé, préalablement ramollie par un court séjour dans l'eau chaude; cette sonde pénètre dans la vessie s'avançant « comme dans le vide » et guidée par la petite bougie « cathétérisme sur conducteur »; alors de l'urine s'écoule, mêlée de sang. Retirez la tige et la bougie. C'est fini.

Reste seulement à fixer la sonde. Avec l'aiguille de Reverdin, traversez un des flancs du prépuce, puis la sonde, puis l'autre flanc du prépuce; passez une soie, et liez les deux bouts sans trop serrer. Je crois que ce procédé est le meilleur; c'est, en tout cas le plus solide.

Mais quelle sonde aurez-vous choisie et quelle durée assignerez-vous à son séjour dans l'urèthre? *Petite sonde et court séjour*; cela est indispensable. Prenez donc le numéro 15, 16 ou 17; il faut, dit le professeur Guyon « qu'elle entre sans frottement et séjourne sans distension », ne la laissez que quarante-huit heures. Dans le contact de la sonde et du canal il ne doit y avoir *ni force, ni durée*.

Irriguez la vessie avec une solution chloralée; poussez

même un peu de liquide sans violence, par le méat, entre la paroi du canal et la sonde. Ce lavage ne saurait être mauvais.

Le malade est rapporté dans son lit ; il ne faut pas que l'orifice de la sonde d'évacuation soit fermé. Plongez donc la verge dans le goulot d'un urinoir ; ce n'est ni agréable pour le malade, ni fameux pour la paroi inférieure de son canal qui est ainsi trop comprimée. Je vous conseille plutôt ceci : laissez le pénis sur le haut de la cuisse gauche (à moins d'habitude contraire de sa part) et à l'extrémité de la sonde, adaptez un long tube de caoutchouc qui plongera dans un bocal placé par terre, à côté du lit.

Après une quinzaine, vous commencerez la dilatation par les *Béniqué* ; chaque jour, ou bien tous les deux jours, vous introduirez deux nouveaux numéros, n'oubliant jamais les précautions antiseptiques que je vous ai indiquées, et commençant toujours par le dernier numéro que vous aurez fait pénétrer à la séance précédente.

Vous ne vous arrêterez pas avant le 44 ; et quand votre malade sera guéri, vous lui direz que de temps à autre (tous les mois au moins) un cathétérisme s'imposera pour lui qui tiendra le canal en respect, car vous ne sauriez trop vous pénétrer de cette idée que la dilatation est le seul traitement applicable aux rétrécissements de l'uréthre et que tous les autres procédés dirigés contre eux ne sont que des moyens plus ou moins heureux de permettre cette dilatation et d'en assurer les bénéfices en la rendant plus facile et plus complète.

PIERRE SEBILEAU.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

TRAITEMENT DU RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU.

Le malade sera soumis au régime lacté absolu.

La température de sa chambre sera maintenue à 17°.

Il prendra 4 grammes de salicylate de soude le premier jour du traitement. La dose sera élevée de 2 grammes par jour jusqu'à amendement des phénomènes ; elle sera ainsi portée à 6, 8 et s'il est nécessaire à 10 grammes. Lorsque l'amélioration sera sensible, on diminuera la dose de 1 gr. par jour jusqu'à retour à 4 grammes. Le salicylate sera continué à cette dose pendant une semaine après la disparition du rhumatisme. On pourra le remplacer à ce moment soit par le salol administré à la dose de 3 grammes, soit par l'antipyrine donnée à la même dose.

Le salicylate de soude sera pris par doses fractionnées, immédiatement avant le lait.

On le prescrira sous la forme de cachets de 0,50 à 1 gr., sous la forme de paquets qui seront pris dissons dans un peu d'eau ou de lait ou sous la forme de potion. Par ex :

Salicylate de soude.	6 grammes.
Eau distillée.......	90 —
Sirop de groseilles.	Q. s.

pour une potion de 120 cc. qui sera pris par cuillerées à soupe.

Le salol et l'antipyrine seront ordonnés de préférence en cachets.

L'emploi du salicylate de soude dans le rhumatisme comporte quelques contre-indications. La plus importante est tirée de l'existence d'une altération des reins.

Celle-ci peut être antérieure au rhumatisme, un individu affecté, par exemple de néphrite interstitielle étant atteint de rhumatisme, on bien liée au rhumatisme même, cette maladie se compliquant quelquefois de néphrite et d'albuminurie.

Dans la première alternative, le salicylate de soude mal éliminé par les reins est susceptible, apportant la goutte d'eau qui fait déborder le vase, de faire éclore des accidents urémiques ; dans la seconde, en vertu de son action irritative sur les reins, il est capable d'accroître la néphrite et d'augmenter l'albuminurie.

Dans ces conditions, le salicylate de soude devra être donné avec prudence à doses faibles et progressives ; le malade étant surveillé de près, ou bien être remplacé par l'antipyrine.

Mais l'antipyrine, de même que les autres médicaments préconisés dans le traitement du rhumatisme, n'est qu'un succédané du salicylate qui demeure le médicament de choix. Merveilleux médicament d'ailleurs, qui, s'il échoue assez fréquemment entre les mains de médecins timorés, donne des succès constants à ceux qui l'emploient avec décision et savent en proportionner la dose à la résistance du mal qu'ils ont à combattre.

A. GILBERT.

REVUE DES JOURNAUX

Sur l'excitabilité galvanique de l'œil malade, par le Dr C. WELHAGEN. (*Archiv. für Augenheilkunde*, 1893, t. XXVII, p. 68.)

M. Velhagen a étudié l'excitabilité électrique de l'œil chez une série de sujets atteints d'une affection oculaire. Il est arrivé à ce résultat que les opacités et les altérations pathologiques des milieux réfringents sont sans influence aucune sur la réaction galvanique de l'œil, mais qu'il n'en est plus de même des affections rétiniennes. Même dans les cas d'atrophie très légère de la papille, la réaction galvanique est moins prononcée, plus lente à se manifester. Même résultat, dans les cas de glaucome simple, de chorio-retinite, de choroïdite disséminée et de rétinite pigmentaire.

Dans les cas de panophthalmie et d'iridochoroïdite l'excitabilité galvanique de l'œil était également diminuée, résultat que l'auteur attribue à la destruction d'un certain nombre de fibres nerveuses du nerf optique. C'est donc ce nerf et non la rétine, qui est excité par le courant galvanique, lorsqu'on fait agir celui-ci sur l'œil. E. R.

Un cas de tumeur du pont de Varole, par le Dr KOLISCH. (*Wiener Klin. Wochenschrift*, 1893, n° 14.)

Chez un malade âgé de 20 ans, tuberculeux, on a constaté les signes et symptômes suivants :

Une limitation très prononcée des excursions latérales des deux globes oculaires.

Un tic dans la région innervée par le facial gauche, qui se manifestait sous la forme d'un clignement incessant de l'œil gauche, dû à des contractions cliniques de faisceaux volumineux de l'orbiculaire.

De l'hémi-ataxie, limitée au côté gauche Des symptômes en rapport manifeste avec une affection centrale du nerf acoustique.

Des douleurs dans le côté gauche du corps.

Du vertige.

Des vomissements.

A l'examen ophtalmoscopique on ne constatait pas de traces d'un œdème de la papille.

Du vivant du sujet on avait diagnostiqué un tubercule logé dans le pont de Varole. L'autopsie du sujet a fourni la preuve de l'exactitude de ce diagnostic. Le tubercule était situé entre la surface antérieure du tubercule quatrijumeau postérieur et le tubercule acoustique; il empiétait principalement sur le côté droit. E. R.

L'évolution de l'endémie typhoïde à la caserne d'artillerie à Tunis en 1892, par M. Dufaud. (*Archives de médecine et de pharmacie militaires*, n° 11, novembre 1893.)

La caserne d'artillerie de Tunis, en dépit de sa construction et de son occupation récentes, avait toujours fourni de nombreux cas de fièvre typhoïde. On s'était vainement préoccupé de rechercher pour les combattre successivement, tous les facteurs étiologiques les plus habituellement incriminés. L'hypothèse d'une infection par l'eau, par viciation du sol, par émanations fétides des environs avait été émise et malgré les remèdes hygiéniques apportés le mal sévissait toujours. Il n'a fallu rien moins que l'obstination de M. Dufaud pour faire face aux exigences multiples de la plus sévère prophylaxie, et en faisant procéder à la désinfection des logements et des hommes, en procurant le plus de repos possible à ces derniers, en leur assurant une nourriture meilleure comme qualité et quantité, en leur donnant de l'eau stérilisée par l'ébullition, il a pu réduire au trois quarts le tribut prélevé par la fièvre typhoïde. L'amélioration hygiénique qu'il a ainsi procurée à cette caserne d'artillerie réputée la plus insalubre de la garnison de Tunis a démontré la possibilité, déjà mise en doute, de son occupation permanente. C. A.

Hyperkératose non encore décrite, par le Dr Emilio Respighi. (*Giornale Italiano delle Malattie Veneree e della Pelle*, septembre.)

L'aide de clinique dermosyphilopathique de Pise, M. E. Respighi, décrit une nouvelle forme d'hyperkératose, qu'il caractérise d'abord par son évolution clinique, cette hyperkératose se développe d'une manière excentrique avec résolution centrale, bien que par la suite, le processus puisse se renouveler au centre. De plus, cette hyperkératose attestée par des examens microscopiques, intéresse surtout l'embouchure des glandes tubulaires et des glandes acineuses libres. P. F.

Le tokelan, par M. Bonnafy. (*Archives de médecine navale et coloniale*, n° 10, 1893.)

La maladie parasitaire qui règne en Océanie sous le nom de *tokelan* et à laquelle faisaient allusion les anciens navigateurs quand ils parlaient des *hommes-poissons*, est une entité morbide bien nette, à symptômes spéciaux.

Le parasite qui la provoque est un champignon particulier. Il sera permis de le classer quand on aura pu le cultiver sur des milieux artificiels et suivre ainsi son évolution complète.

Le tokelan constitue une maladie tenace et gênante pour les Océaniens, mais elle n'atteint pas la vitalité de la race.

Le domaine géographique actuel du tokelan n'embrasse, en fait de terres françaises, que les îles Wallis; mais il est certain que s'il y était importé, il trouverait un excellent terrain de propagation dans le groupe des îles de la Société.

Malgré sa situation, la Nouvelle-Calédonie n'offre pas les conditions voulues pour la naturalisation de cette maladie.

Jusqu'à présent, le tokelan, quand il a envahi toute la surface du corps, a été considéré comme très difficile et même impossible à guérir. Mais avec un traitement méthodique, dans lequel entre le bain au sublimé corrosif, comme agent parasiticide, on peut guérir radicalement et promptement cette affection. C. A.

Diphthérie associée à la scarlatine, étude clinique, par William P. Nunn. (*Annals of Gynæcologie and Pædiatry*, octobre 1893.)

L'auteur termine son article par les conclusions suivantes :

1° Les maux de gorge membraneux qui se produisent si souvent dans la scarlatine sont de la diphthérie vraie ;

2° Son association avec la scarlatine accroît la mortalité de la diphthérie ;

3° Les complications laryngées et nasales sont plus fréquentes dans ces cas que dans la diphthérie seule ;

4° La paralysie peut succéder à cette affection ;

5° La scarlatine et la diphthérie scarlatineuse peuvent communiquer la diphthérie sans scarlatine aussi bien à ceux qui ont déjà eu la scarlatine qu'à ceux qui ne l'ont pas encore eue. R. F.-M.

De l'origine osseuse de certaines ulcérations tuberculeuses en apparence exclusivement cutanées (fréquence de cette origine dans les affections lupoïdes des extrémités des membres), par M. Adenot. (*Revue de chirurgie*, n° 10, octobre 1893.)

Les ulcérations tuberculeuses de la peau affectent un rapport très souvent méconnu avec les lésions du squelette sous-jacent. Elles présentent en général une surface bourgeonnante, papillomateuse, molle, plus ou moins élastique, mais saignant facilement. La surface de l'ulcère est rouge ; tantôt légèrement brillante, comme recouverte d'un vernis très mince, tantôt plus grisâtre, mamelonné, avec de fines traînées de pus dans les intestins des bourgeons exubérants d'aspect fongueux. La lésion forme en somme un large placard rappelant assez fidèlement certains épithéliums de la peau ou certaines ulcérations sarcomateuses. Ces ulcérations appartiennent alors plus particulièrement à la classe des lupus végétants, framboisiformes, de certains dermatologistes.

Ces ulcérations cutanées, primitives en apparence, et secondaires en réalité à une ostéo-arthtite tuberculeuse profonde qui peut passer inaperçue, comprennent dans leurs rapports avec la lésion du squelette sous-jacent, deux formes cliniques différentes. Elles peuvent être en rapport de continuité avec la lésion osseux sous-jacente ; elles peuvent être aussi en rapport de continuité interrompue avec le squelette sous-jacent.

Dans ce dernier cas tantôt le foyer osseux peut être guéri spontanément et la lésion cutanée continuer à évoluer, mais l'origine osseuse n'en a pas moins existé ; tantôt le foyer osseux peut sommeiller et la lésion cutanée s'accroître ou tendre à rétrocéder sous l'influence d'un traitement approprié ; mais les récidives seront fatales, provoquée par le voisinage de l'ostéo-arthrite latente. Ces lésions osseuses, souvent méconnues sont donc la cause de récidives tenaces et fréquentes,

leur ablation seule donnera la guérison définitive de l'ulcère tégumentaire.

La recherche et la reconnaissance d'un point osseux malade pourront aussi être utiles en clinique dans le diagnostic hésitant de la nature tuberculeuse de l'ulcère. C. A.

Huit cas de kystes hydatiques de l'abdomen traités par l'incision et le drainage, par M. LLOBET. (*Revue de chirurgie*, n° 10, octobre 1893.)

L'auteur rapporte huit observations de kystes hydatiques de l'abdomen qu'il a traités par le procédé de l'incision en un seul temps ou procédé de Lindemann-Landau, pour lui véritable procédé de choix.

En effet les deux seuls traitements qui puissent être actuellement mis en discussion, la ponction suivie d'injection antiseptique ou l'incision en deux temps, présentent des inconvénients ou des dangers.

Le premier de ces procédés est inefficace, d'après l'auteur, dans le cas où il y a de nombreuses vésicules- filles, dangereux lorsque le kyste est profond, parce qu'une ponction est toujours aveugle et peut blesser des organes importants. Il ne permet pas au chirurgien de se rendre compte s'il existe d'autres kystes dans le foie ou dans les organes abdominaux, et dans le cas où ils existent, il ne constitue qu'une méthode palliative. Enfin il expose à des accidents d'intoxication par le sublimé.

Le second procédé ou procédé de Volkmann, offre, il est vrai, une grande sécurité, mais comme la ponction, il ne permet pas de reconnaître l'existence d'autres kystes et il a le grave inconvénient de soumettre le malade à deux opérations consécutives. C. A.

Note pour servir à l'histoire des arrêts de développement consécutifs à des traumatismes de l'enfance. par M. FÉRÉ. (*Revue de Chirurgie*, n° 10, octobre 1893.)

A la suite de lésions traumatiques des membres survenues dans l'enfance, et surtout dans les premières années, on voit assez souvent des arrêts de développement plus ou moins manifestes. Tel est le cas d'un homme de 45 ans entré à Bicêtre le 25 juin 1893 pour des attaques d'épilepsie. Antécédents héréditaires négatifs. A l'âge de 4 mois il fut retiré d'un incendie avec des brûlures de la face et de la main gauche ; la brûlure de la main a amené une déformation considérable, dont on peut juger en examinant les dessins fournis par l'auteur. Pas de troubles névropathiques dans l'enfance, mais de bonne heure le malade a fait des excès alcooliques. C'est vers l'âge de 20 ans qu'ont commencé les accès d'épilepsie qui étaient annoncés par un picotement dans le nez et une sensation de pression épigastrique. Quand on examine la main qui a été le siège de la brûlure on voit que les doigts ont subi un arrêt de développement. On peut tirer de ce fait la conclusion importante au point de vue du pronostic qu'une lésion traumatique arrivée dans l'enfance peut déterminer dans le membre un arrêt de développement capable de s'étendre aux parties qui n'ont pas été atteintes par le traumatisme. C. A.

Sur le traitement opératoire de la péritonite tuberculeuse chez les enfants, par le Dr CONITZER. (*Deutsche medicin Wochenschrift*, 1893, n° 29, p. 688.)

Dans un travail d'ensemble sur le traitement chirurgical de la péritonite tuberculeuse chez les enfants, l'auteur relate trois cas de cette affection, opérés à l'hôpital israélite de Hambourg. Voici les conclusions qu'il a formulées à la fin de son travail.

1° La péritonite tuberculeuse est susceptible de guérir spontanément ; cette guérison spontanée s'observe rarement dans des cas de péritonite sèche et très souvent dans les cas de péritonite exsudative.

2° Les cas de péritonite tuberculeuse exsudative, terminés par la guérison spontanée, ont été considérés jusqu'ici comme des cas de péritonite chronique exsudative simple ou d'ascite essentiel.

3° Toutes les formes de péritonite tuberculeuse peuvent être guéries ou du moins améliorées par la laparotomie, alors même que les autres procédés de traitement, y compris la ponction, ont échoué.

4° Le succès de l'opération dépend :

a) De la forme de l'affection : les meilleurs résultats sont obtenus dans les cas qui s'accompagnent d'un épanchement chronique.

b) De la durée de l'affection.

c) Des complications éventuelles.

5° L'opération est indiquée, lorsque le traitement interne n'a amené aucune amélioration.

6° Elle est contre-indiquée chez les sujets très adynamisés et chez les enfants qui sont atteints d'une autre affection tuberculeuse grave.

7° On n'est pas encore fixé sur la cause et le mécanisme de la guérison de la péritonite tuberculeuse par la laparotomie. E. R.

Un procédé nouveau et simple de stérilisation, par le Dr J. HOCHENEGG. (*Wiener Klin. Wochenschrift*, 1893, n° 23.)

Les chirurgiens se prononcent de plus en plus en faveur de l'asepsie substituée à l'antisepsie dans la pratique opératoire. On est aujourd'hui en possession de procédés de stérilisation parfaitement sûrs. Mais comment reconnaître que des pièces à pansement ont été stérilisées ?

Pour satisfaire à ce désidératum, M. Hochenegg se sert d'une matière colorante d'un jaune brun, qui a la propriété de passer au rouge vif quand on l'expose à une température de 100°. On applique de cette matière colorante en certains endroits des pièces à stériliser. Si la stérilisation a eu lieu effectivement et dans des conditions satisfaisantes, les taches, de jaune qu'elles étaient, sont devenues rouges. Toute méprise est rendue impossible de la sorte.

Voici la formule de la matière colorante en question :

Rec. Solution d'acétate d'alumine (pharmacopée autrichienne, 7e édition)	150	parties.
Eau de fontaine	150	—
Alizarine en pâte (21 0/0)	5	—

M. — Agiter avant de s'en servir.

Avec ce mélange on badigeonne sur une de leurs faces les pièces à stériliser.

Quand il s'agit de compresses, de linges d'un certain volume, de sarreaux, on inscrit dans un coin la date de la stérilisation avec la matière colorante. La couleur rouge de la date atteste que la stérilisation a eu lieu effectivement.

Le procédé en question est à la fois très simple, très pratique et peu coûteux. Aussi, M. Hochenegg espère-t-il que son emploi ne tardera pas à se généraliser. E. R.

Méthode conservatrice de traitement de l'inversion utérine puerpérale, par O. Kustner. (*Centralblatt für Gynækologie*, 1893, n° 41, p. 945.)

L'auteur suppose le cas d'une inversion utérine de vieille date, où les tentatives manuelles faites pour retourner l'utérus ont échoué, ainsi que la colpeuryse, et ou l'état général de la femme est tel qu'il nécessite une intervention opératoire. Si dans ces conditions on veut se maintenir sur le terrain de la chirurgie conservatrice, on pourra faire la laparotomie, puis la dilatation digitale de l'entonnoir formé par l'utérus inversé. Quand on croit devoir franchir les étroites limites tracées par la chirurgie conservatrice, on pourra pratiquer soit la castration, soit l'amputation du corps de l'utérus soit l'extirpation totale de cet organe.

Dans une circonstance récente, il s'agissait précisément d'un cas d'inversion utérine de vieille date, M. Küstner avait épuisé toutes les ressources usuelles qui ressortissent à la thérapeutique conservatrice, lorsque l'idée lui vint de tenter une opération qui n'entraîne à aucune mutilation et qui aboutit au résultat voulu. Voici comment il a caractérisé les différents temps de ce procédé, après avoir donné la relation clinique du cas :

1° Large incision transversale du creux de Douglas.

2° Introduction d'un doigt, d'arrière en avant; dans l'entonnoir formé par l'utérus inversé ; éventuellement on détruira les adhérences péritonéales qui peuvent oblitérer l'entonnoir.

3° Incision longitudinale de la paroi postérieure de l'utérus, à travers la muqueuse, aussi rapprochée que possible de la ligne médiane, partant d'un point situé à 12 centimètres au-dessus de l'orifice externe du col ; cette incision doit aller jusqu'au revêtement péritonéal de l'organe.

4° Redressement de l'utérus ; avec l'index introduit à travers l'incision du creux de Douglas on fixe l'utérus en place, et avec le pouce de la même main on retourne l'organe.

5° On ferme la plaie utérine du côté péritonéal, au moyen d'une double rangée de sutures superficielles et profondes.

6° On suture l'incision du creux de Douglas.

Cette opération a paru à l'auteur moins grave qu'une tentative de réduction bimanuelle pratiquée sous le chloroforme.

E. R.

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

Faculté de médecine de Paris.

Le *Journal Officiel* d'hier publie le décret suivant relatif au stage hospitalier et aux cliniques annexes de la Faculté de médecine de Paris.

Art. 1er. — Tous les étudiants en médecine feront un stage dans les hôpitaux de Paris, dont la durée ne sera pas inférieure à trois années.

Les étudiants accompliront ce stage pendant leurs deuxième, troisième et quatrième années d'études.

Pendant les deux premières années du stage les élèves seront attachés aux services généraux de médecine et de chirurgie.

Pendant la troisième année, les élèves seront nécessairement attachés pendant un trimestre aux services d'accouchement. Ils devront, en outre, accomplir une partie du stage de cette troisième année dans l'un des services spéciaux affectés aux maladies de la peau et de la syphilis, aux maladies nerveuses, aux maladies mentales, aux maladies des enfants, aux maladies des yeux, aux maladies des voies urinaires.

Art. 2. — Les élèves stagiaires seront répartis par groupes de vingt dans les services affectés à l'enseignement.

Art. 3. — Chacun des groupes de stagiaires sera composé d'élèves appartenant à une même année de stage.

Art. 4. — Pendant toute la durée de cet enseignement, l'élève devra être exercé individuellement à la recherche des signes, des symptômes des maladies. Il devra prendre part personnellement à l'examen des malades.

Art. 5. — Les services affectés à l'enseignement pendant les deux premières années de stage sont :

1° Les services de clinique générale de la Faculté de médecine ;

2° Des services pris parmi ceux qui sont dirigés par des médecins et chirurgiens attachés aux hôpitaux généraux.

Les services affectés à l'enseignement pendant la troisième année sont :

1° Les chaires d'accouchement et de clinique spéciale de la Faculté de médecine ;

2° Des services pris parmi ceux qui sont consacrés aux accouchements et aux spécialités dans les divers établissements hospitaliers.

M. le Directeur de l'Assistance publique désignera, dans les hôpitaux, le nombre des services dirigés par des médecins, chirurgiens et accoucheurs, qui, dans chaque hôpital, sera affecté à cet enseignement.

Art. 6. — Les médecins, chirurgiens et accoucheurs qui désireront être chargés de l'enseignement des stagiaires adresseront leur demande, avant le 15 juin, à M. le Directeur de l'Assistance publique.

Celui-ci convoquera une commission composée : pour la Faculté de médecine, de quatre membres, le doyen et trois professeurs délégués par la Faculté; pour l'Assistance publique, de quatre membres, le Directeur et trois membres du Conseil de surveillance, dont le représentant des médecins des hôpitaux et le représentant des chirurgiens.

Le Directeur présidera la commission, en cas de partage, la voix du président sera prépondérante.

Le Directeur soumettra à la commission le projet de répartition des services dans les différents hôpitaux, la liste des demandes adressées par les médecins, chirurgiens et accoucheurs.

Le doyen de la Faculté indiquera le nombre des élèves soumis au stage.

La Commission dressera une liste de présentation comprenant pour chaque place deux noms, si cela est possible.

Cette liste sera adressée à M. le Ministre de l'Instruction publique, qui nommera les médecins, chirurgiens et accoucheurs chargés de ces cours.

Art. 7. — L'enseignement durera du 1er décembre au 15 juin. Les titulaires des cours seront nommés pour trois ans.

Les élèves seront répartis de façon qu'ils passent trois mois dans un service de médecine et trois mois dans un service de chirurgie.

Le professeur donnera à la fin du cours des notes sur le travail de chaque élève. Ces notes seront transmises par les soins du Directeur de l'Assistance publique au doyen de la Faculté pour être jointes au dossier de l'élève.

Art. 8. — Il recevra de l'État une indemnité annuelle de 3.000 fr. Aucuns frais ne résulteront pour l'Assistance publique de cet enseignement.

Art. 9. — La répartition des élèves dans les cliniques de la Faculté et dans les services désignés par la Commission sera établie à la Faculté par son doyen.

Au moment où leur nom sera appelé, les élèves de troisième année de stage désigneront le service d'accouchements dans lequel ils désirent faire leur stage, ainsi que l'époque de ce stage, puis le ou les services spéciaux qu'ils veulent suivre et, pour le reste du temps, le ou les services généraux auxquels ils désirent être attachés.

Les stagiaires de deuxième année seront de préférence répartis dans les hôpitaux du centre ; les stagiaires de première année dans les hôpitaux excentriques.

La liste de répartition sera transmise à M. le Directeur de l'Assistance publique qui délivrera les cartes d'entrées dans les hôpitaux aux élèves.

Art. 10. — Les élèves internes et externes des hôpitaux qui, pendant la durée de leur service hospitalier, n'auraient pas été attachés à un service d'accouchements, devront faire un stage dans un de ces services ou, s'ils le préfèrent, ils seront admis à accomplir un stage de deux mois à la clinique Baudelocque, de 10 heures du soir à 8 heures du matin.

Art. 11. — La Commission établira dans quelles conditions les spécialités pourraient être enseignées dans l'après-midi de façon à faciliter cette période de stage et les études de la cinquième année de médecine en combinant les heures de façon à ne pas entraver les exercices pratiques exigés par la Faculté pendant la même période scolaire.

Art. 12. — Si l'Assistance publique autorise la création de cours libres payés directement par les élèves, les chefs de service qui pourraient être appelés à siéger dans les jurys d'examens de la Faculté ne recevront pas cette autorisation.

Art. 13. — La discipline dans l'intérieur de l'hôpital appartient au directeur de l'établissement.

Art. 14. — Le ministre de l'Instruction publique, des Beaux-Arts et des Cultes et le président du Conseil, ministre de l'Intérieur, sont chargés de l'exécution du présent décret.

THÈSES

Mercredi 6 décembre, à 1 heure. — M. *Boucheron* : Etude sur les complications respiratoires de la varicelle (MM. Potain, Joffroy, Marie, Gaucher). — M. *Touchard* : Laryngites aiguës de l'enfance simulant le croup (MM. Joffroy, Potain, Marie, Gaucher). — M. *Reygasse* : De la fistule anale et de son traitement par la thermo-cotonomie (MM. Tillaux, Lejars, Jalaguier, Delbet). — M. *Davin* : Traitement des consolidations vicieuses des fractures de jambe : tiers inférieur (MM. Tillaux. Lejars, Jalaguier, Delbet). — M. *Tabart*. Contribution à l'étude de la névrodermite chronique circonscrite (MM. Fournier, Straus, Chauffard, Netter). — M. *Lop* : Variole et vaccine dans la grossesse (MM. Straus, Fournier, Chauffard, Netter). — M. *Marcopoulos* : Grossesse dite prolongée et rétention fœtale (MM. Pinard, Terrier, Ricard, Varnier). M. *P. Farabeuf* : Les bienfaits de la symphyséotomie (MM. Terrier, Pinard, Ricard, Varnier).

Jeudi 7 décembre. — Médecine opératoire : MM. Panas, Farabœuf, Poirier. — 3e oral (1re partie, 1re série) : MM. Tarnier, Le Dentu, Schwartz. — 3e oral (1re partie, 2e série) : MM. Duplay, Nélaton, Bar.

Vendredi 8 décembre. — 5e Chirurgie (1re partie, Charité) : MM. Tillaux, Ricard, Tuffier. — 5e (1re série, Charité) : MM. Potain, Brissaud, Marie, — 5e (2e partie, 2e série Charité) : MM Landouzy, Chauffard, Dejerine. — 5e Obstétrique (1re partie, clinique Baudelocque) : MM. Pinard, Ribemont-Dessaignes, Varnier.

Samedi 9 décembre. — 4e Laboulbène, Marfan, Poirier. — 5e Chirurgie (1re partie, Hôtel-Dieu) : MM. Panas, Nélaton, Brun. — 5e (2e partie, 1re série, Hôtel-Dieu) : MM. Joffroy, Letulle, Charrin. — 5e (2e partie, 2e série, Hôtel-Dieu) : MM. Dehove, Chantemesse, Ménétrier. — 5e Obstétrique (1re partie, clinique d'accouchement, rue d'Assas : MM. Tarnier, Maygrier, Bar.

EXAMENS

Lundi 4 décembre. — 2e (2e partie) : MM. Ch. Richet, Dejerine, Retterer. — 3e oral (1re partie) : MM. Ricard, Ribemont, Sebileau. — 5e chirurgie (1re partie, Hôtel-Dieu) : MM. Terrier, Lejars, Delbet. — 5e (2e partie, 1re série, Hôtel-Dieu) : MM. Hayem, Brissaud, Marie. — 5e (2e partie, 2e série, Hôtel-Dieu) : MM. Straus, Letulle, Gaucher.

Mardi 5 décembre. — 2e (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Quenu, Gley. — 3e (2e partie) : MM. Debove, Gilbert, Letulle. — 5e chirurgie (1re partie, 1re série, Charité) : MM. Guyon, Schwartz, Albarran — 5e chirurgie (1re partie, 2e série, Charité) : MM. Duplay, Le Dentu, Brun. — 5e (2e partie, Charité) MM. Cornil, Ballet, Roger. — 5e Obstétrique (1re partie, clinique, accouchement, rue d'Assas) : MM. Tarnier, Maygrier, Bar.

Mercredi 6 décembre. — Médecine opératoire : MM. Farabeuf, Poirier, Sebileau. — 3e oral (1re partie) : MM. Cornil, Ribemont, Tuffier.

Jeudi 7 décembre, à 1 heure. — M. *Pineau* : Variétés cliniques et pathogénie des endocardites infectieuses (MM. Jaccond, Mathias-Duval, Chantemesse, Gley). — M. *Boufflers* : Contribution à l'étude de la gangrène du poumon consécutive à des néoplasmes primitifs ou secondaires de cet organe (MM. Mathias-Duval, Jaccoud, Chantemesse, Gley). — M. *Lhomme* : Recherches sur les amputations congénitales (MM. Guyon, Debove, Charrin, Albarran). — M. *Voranoff* : Essai sur les trêves morbides (MM. Debove, Guyon, Charrin, Albarran). — Mlle *Djouritch* : Indicanurie chez les enfants (MM. Laboulbène, Joffroy, Albarran, Netter). — M. *Gazzola* : Etude sur une lésion papillaire de la langue (MM. Laboulbène, Joffroy, Albarran, Netter.)

Cours du Collège de France.

Intéressant les étudiants en médecine pour le semestre d'hiver 1893-94.

Ces cours commenceront le mercredi 6 décembre 1893.

Histologie. — M. le professeur Ranvier traitera du système lymphatique, les mercredis et vendredis à 5 heures.

Médecine. — M. d'Arsonval, suppléant, traitera de l'action de l'électricité sur les êtres vivants les mercredis et vendredis à 4 h. 1/2.

M. François Franck, suppléant traitera de l'innervation des vaisseaux sanguins à l'état normal et pathologique, les mercredis et vendredis à 4 heures.

Chronique des hôpitaux.

Cours de clinique médicale. — M. le professeur Hayem a commencé son cours de clinique médicale, à l'hôpital St-Antoine, le samedi 25 novembre 1893 à 1 heure à l'amphithéâtre de médecine de cet hôpital et le continuera les mardis jeudis et samedis suivants à la même heure. Le samedi, leçon à l'amphithéâtre, le mardi, conférence au lit des malades : le jeudi technique clinique.

Hôpital Necker. — *Cours de clinique médicale des maladies des voies urinaires.* — M. le professeur Guyon a repris ses leçons le mercredi 29 novembre 1893 à 9 heures à l'hôpital Necker et les continuera les samedis et mercredis suivants à la même heure.

Hôpital Saint-Antoine. — *Pathologie mentale et nerveuse.* — M. Gilbert Ballet commencera ses leçons cliniques sur la pathologie mentale et nervense, à l'hôpital Saint-Antoine, le dimanche 3 décembre, à 10 heures, et les continuera les dimanches suivants, à la même heure, pendant les mois de décembre et de janvier.

Asile Sainte-Anne. — *Cours de clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.* — M. le prof. Joffroy, a commencé le cours de clinique des maladies mentales, le samedi 25 novembre 1893, à 9 h. 3/4 du matin et il les continuera les mercredis et samedis suivants à la même heure. Les samedis : leçons à l'amphithéâtre. Les mercredis : interrogatoire des malades. Un cours élémentaire de médecine mentale en quinze leçons sera fait par M. le Dr Pactet, chef de clinique.

On est prié de s'inscrire à l'asile Sainte-Anne.

Destruction des pièces de pansement ayant servi. — Les pièces de pansement ayant servi étaient jadis abandonnées aux chiffonniers et remises dans la circulation après avoir été transformées par l'industrie.

Elles sont actuellement incinérées dans les calorifères des hôpitaux ou dans les foyers installés pour le chauffage des bains.

Ce mode de destruction étant devenu insuffisant, elles seront dorénavant incinérées avec les poussières et balayures des divers services hospitaliers dans les fours spéciaux qui seront incessam-

ment installés dans tous les hôpitaux de Paris. D'ailleurs, à l'hôpital Bichat, il a déjà été installé à titre d'essai un appareil destiné à la stérilisation de crachats tuberculeux, stérilisation qui est obtenue par l'ébullition d'une canalcaline.

CONCOURS DE L'EXTERNAT. — Dernières questions posées : Muscles de la région postérieure de la cuisse. — Vertèbres dorsales. — Articulation radio-carpienne. — Rapports de l'œsophage. — Configuration extérieure et rapports du poumon. — Artères de la jambe.

Prix et Récompenses.

La Société médicale des hôpitaux a décerné à M. LESAGE, chef du laboratoire d'histologie de Clamart, le prix de l'hygiène de l'enfance (800 fr.) fondé par Blachez, et une mention honorable (400 fr.) à M. Itard.

Les Etudiants et la Bibliothèque.

Nos lecteurs sont déjà au courant des derniers incidents de la Faculté de Médecine. On connaît les faits. Un groupe d'étudiants en médecine a fait circuler dans le quartier une protestation imprimée contre la conduite du garçon chef de la bibliothèque qui avait expulsé trois jeunes femmes non munies de cartes d'inscription. Rendez-vous avait été donné dans le grand amphithéâtre de la Faculté avant le cours de M. Mathias Duval. L'amphithéâtre fut envahi par une foule bruyante d'étudiants à l'heure dite. L'entrée du professeur fut saluée par des applaudissements nourris; les assistants témoignant de cette façon leur désir de ne point voir donner à leur manifestation une interprétation hostile à leur maître.

Les premières paroles du professeur étant couvertes par des protestations parties de différents points de la salle, on alla quérir M. le Doyen de la Faculté de médecine qui vint rétablir le calme dans l'enceinte. Quelques sages paroles de M. Brouardel, s'étonnant d'avoir appris les griefs des étudiants par les journaux, alors qu'il était à leur disposition deux fois par semaine pour recevoir leurs réclamations, furent écoutées respectueusement par la grande majorité des étudiants présents. Le bruit se prolongeant encore, une nouvelle intervention du doyen permit au prof. Mathias Duval de continuer son cours sans incidents. Un monôme de protestation s'organise alors, mais il est abandonné sur l'invitation qui en est faite aux étudiants par M. Descaves, l'officier de paix. Nous ne saurions trop louer ces derniers de ne point avoir cherché à exagérer les proportions de l'incident en prolongeant et grossissant leur manifestation. L'intervention du doyen devait, d'ailleurs, couper court à toute marque de mécontement et rien ne légitimait plus un appel au désordre.

M. le doyen de la Faculté de médecine a sagement rappelé aux étudiants que des incidents de cette nature gagneraient à n'être point dénaturés par les récits fantaisistes des reporters. Il ne s'opposait nullement à leur donner satisfaction, si l'enquête leur était favorable, et ces derniers eussent certainement trouvé en M. Brouardel un défenseur de leurs droits. Nous ne doutons pas, en effet, que leur cause ne soit juste, et nous aimons mieux enregistrer à l'actif de nos jeunes amis un acte de solidarité et de défense à l'égard de leurs camarades féminins, que de voir se renouveler les protestations plus ou moins discourtoises qui accueillirent l'apparition des premières étudiantes sur les bancs de l'École.

L'incident est clos, et, espérons-le, à la satisfaction de tous. Les étudiants voudront à l'avenir éviter les scènes tapageuses en donnant aux faits de cette nature les solutions qu'elles comportent, c'est-à-dire en adressant à leur doyen une plainte fondée. On a blâmé, non sans quelque raison, la légèreté de quelques étudiants, qui auraient légitimé en quelque sorte cette méprise, en se montrant avec leurs maîtresses aux cours ou à la bibliothèque.

Banquet offert à M. le professeur Potain.

On sait que M. le prof. POTAIN a été élu membre de l'Académie des sciences en remplacement du prof. Charcot, décédé.

A cette occasion, les élèves et amis du prof. Potain ont l'intention de lui offrir un banquet qui aura lieu le jeudi 14 décembre 1893, à l'Hôtel Continental. Le prix de la cotisation est fixé à 20 francs. On est prié d'envoyer les adhésions avant le 10 décembre aux adresses suivantes :

MM. H. Vaquez, 82, boulevard Haussman; Clermont, 17, rue Saint-Dominique.

Désinfection des logements contaminés à Paris.

M. PAILLET, conseiller municipal de la Ville de Paris, vient de proposer au sujet de l'hygiène des logements contaminés la proposition que voici :

1° Un bureau spécial d'hygiène publique sera installé dans chacune des mairies de Paris.

2° Les propriétaires seront tenus de faire connaître à ce bureau les logements qui auront été laissés par une famille dont un ou plusieurs membres seront morts des suites d'une maladie contagieuse ou auront été atteints par une maladie contagieuse.

3° Le service d'hygiène devra prendre, dans le plus bref délai, les mesures nécessaires pour la désinfection des logements indiqués.

On ne saurait trop reconnaître l'utilité d'une telle proposition.

Exercice libre de la médecine.

Un congrès du libre exercice de la médecine s'est tenu récemment à Paris.

Les desiderata exprimés se réduisent à trois points principaux qui seront l'objet d'une pétition que la « Ligue » adressera prochainement aux Chambres :

1° Exercice libre de la médecine sous la seule garantie des lois de droit commun ;

2° Suppression du monopole de la médecine puisque les médecins ne peuvent assurer les malades de leur guérison.

3° Droit pour chacun à l'Assistance judiciaire dans toute action intentée aux médecins ou guérisseurs (diplômés ou non), pour maladresse, imprudence, négligence ou ignorance ayant causé préjudice.

On le voit, c'est la lutte officielle contre la médecine étudiée et pratiquée d'après la réglementation de l'Etat.

En Allemagne l'exercice libre de la médecine n'est pas moins répandu puisque, d'après *la Münchener Med. Wochenschrift*, il y avait dans la Bavière seule, vers la fin de 1892, 1.184 individus exerçant sans diplôme l'art de guérir.

Service militaire de médecins de réserve.

Les médecins auxiliaires de réserve appartenant aux classes appelées en 1894, dans les corps auxquels ils sont affectés, seront convoqués aux mêmes dates que les autres réservistes de ces corps et par ordre individuel.

XIe Congrès international de médecine à Rome.
(29 mars, 5 avril 1894.)

1. *Communications.* — 1° Les titres de toutes les communications que les membres adhérents désireront faire au Congrès devront être adressés au secrétariat général avant le 31 janvier 1894 ;

2° En même temps que le titre, l'auteur devra remettre, pour le secrétariat général, un très court résumé de son travail et ses conclusions. Les dernières seront imprimées par les soins du bureau et distribuées aux congressistes ;

3° Le programme publié contiendra les titres de toutes les communications annoncées ; il mentionnera en outre les titres de toutes celles qui ont été publiées par la presse scientifique, partiellement ou entièrement ; après le renvoi du Congrès ;

4° Une étoile en marge indiquera les communications annoncées après le 31 août 1893.

II. *Réduction sur les chemins de fer.* — Les Compagnies des chemins de fer accorderont les réductions annoncées avant le

64e Année. 8e Série, Tome II — N° 49 — 9 décembre 1893

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : **Dr F. de RANSE** — *Rédacteur en chef* : **Dr Pierre SEBILEAU**

Secrétaire de la Rédaction : **M. Em. EMERY**

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal : 28, rue Vignon

HOPITAL St-LOUIS. — CLINIQUE DE M. LE Pr FOURNIER

LE TERTIARISME PRÉCOCE.

Messieurs,

Je me propose aujourd'hui de vous parler du tertiarisme précoce.

Tertiarisme précoce est une appellation qui se définit d'elle-même. On désigne ainsi la syphilis tertiaire entrant en action d'une façon prématurée, c'est-à-dire avant l'époque que l'on considère comme celle de son échéance légitime dans l'ordre normal d'évolution de la diathèse.

Existe-t-il donc une évolution normale de la diathèse? On le suppose, on l'admet même d'après la vieille division traditionnelle et généralement acceptée de la syphilis en trois périodes : période primaire ; période secondaire ; période tertiaire ; division trop connue, trop classique pour que j'aie à faire autre chose ici qu'à l'énoncer simplement.

Or, comme échéances chronologiques des deux périodes qui composent ce qu'on appelle la syphilis constitutionnelle, la syphilis généralisée, il est non moins accrédité :

1° Que la période secondaire, débutant quelques semaines (six à sept semaines environ) après le chancre, affecte une durée moyenne de deux à trois ans ;

2° Que la période tertiaire, faisant usuellement son entrée en scène vers la troisième année, se prolonge et s'étale principalement sur les années ultérieures, quelquefois d'une façon indéfinie comme limite extrême, jusqu'à des échéances de trente, quarante, cinquante ans et au-delà.

En sorte que, dans cette évaluation (à la vérité donnée par tout le monde comme très approximative, très élastique et sujette à exception), les deux ou trois premières années de la maladie seraient occupées en tant que manifestations morbides, par des accidents de l'ordre dit secondaire, tandis que toute la carrière ultérieure de la maladie serait exclusivement réservée, depuis la troisième année jusqu'au terme même de la vie, à des accidents d'ordre tertiaire.

Eh bien, il s'en faut que ce tableau d'évolution de la syphilis, tout en répondant très exactement à ce qui s'observe en nombre de cas, soit l'expression de la vérité pour la généralité des cas. Il s'en faut que les choses se présentent d'une façon aussi simple et aussi mathématique. Très souvent l'évolution morbide est autre et très différente. Très souvent on voit des accidents secondaires continuer à se manifester en période tertiaire, aussi bien que des accidents tertiaires apparaître en période secondaire. La démonstration de ce fait serait plus que facile à fournir. Je n'ai pas à l'établir ici dans tous ses détails; quelques points, seulement, seront essentiels à mettre en relief pour l'intelligence de ce qui va suivre. Je les préciserai rapidement.

D'ailleurs un simple coup d'œil sur le graphique ci-joint vous renseignera plus vite et plus complètement que ne le ferait un long exposé.

Ce tableau représente le *nombre de fréquence* du tertiarisme aux divers âges de la syphilis, distribués ici par années, et, cela, sur un total de 3,032 malades, hommes et femmes :

Première année	158 cas.	
Deuxième année	291	—
Troisième année	316	—
Quatrième année	270	—
Cinquième année	260	—
Sixième année	234	—
Septième année	193	—
Huitième année	153	—
Neuvième année	127	—
Dixième année	168	—
Onzième année	95	—
Douzième année	94	—

Et l'on voit ensuite les chiffres descendre graduellement, année par année, pour atteindre seulement un cas à partir de la quarantième année.

Eh bien, Messieurs, voyez et suivez ce tableau, dont les chiffres nous révèlent aussitôt divers faits parmi lesquels nous allons relever seulement et examiner ensemble les principaux.

I. — Le fait le plus général, qui saute aux yeux tout d'abord, c'est que le tertiarisme est un accident de tous les âges de la vérole, de tous les âges, depuis le début même de la maladie jusqu'à ses étapes les plus éloignées.

Dans cette seule statistique, presque toutes les années,

depuis la 1re jusqu'à la 55e, en fournissant des exemples.

II. — Un second fait non moins évident à première vue, c'est que la fréquence du tertiarisme dans la syphilis est variable suivant les âges de la diathèse.

C'est ce que traduit le tracé même de la courbe. Si cette fréquence était égale à tous les âges, la ligne du graphique serait une ligne horizontale. Au lieu de cela, voyez son trajet tourmenté et sa configuration générale rappelant celle d'une montagne à deux versants très inégalement inclinés comme pente de part et d'autre.

III. — Mais, en ce qui nous concerne pour aujourd'hui, remarquez surtout les points suivants :

Le sommet de cette courbe (je ferais mieux de dire de cette ligne brisée) correspond à la 3e année de la maladie et s'élève notablement au-dessus des sommets des années qui l'entourent. C'est elle qui correspond au maximum de fréquence des accidents tertiaires. Or ce maximum se présente dans la 3e année.

Si bien que voilà du coup une erreur, un préjugé rectifié.

Généralement on ne considère guère la 3e année de la syphilis que comme le point de départ du tertiarisme. C'est à cette époque ou vers cette époque, dit-on, que commence le tertiarisme.

Eh bien, pas du tout. Cette année n'est pas un point de départ, c'est un fastigium. C'est l'année la plus féconde en accidents tertiaires. C'est, à proprement parler, l'*année terrible*.

Voilà un gros fait à enregistrer et à retenir.

IV. — Plus encore, cette 3e année est si peu un point de départ qu'elle est précédée de deux autres où le tertiarisme s'élève déjà à un niveau remarquablement élevé. Précisons.

Pour la seconde année, d'abord, son niveau de fréquence est, on peut le dire, considérable. Voyez plutôt :

S'il est notablement inférieur à celui de la 3e année, en revanche il dépasse celui de toutes les autres années, de la 4e, de la 5e, de la 6e, 7e, 8e, etc.

Ainsi donc, la syphilis produit un peu plus d'accidents tertiaires dans sa 2e année que dans sa 4e; et plus, notablement plus, que dans toutes les autres (réserve faite pour la 3e année). Oui, dès la seconde année, la syphilis est plus *tertiaire, numériquement*, que dans toutes les années suivantes, à dater de la 4e.

Que nous voici loin, avec ce résultat inattendu des statistiques, de la croyance commune qui fait de la seconde année de la syphilis une année presque exclusivement réservée (sauf exceptions réputées assez rares) aux déterminations d'ordre secondaire !

Mais ce n'est pas tout ; un autre résultat plus surprenant encore nous attend.

V. — Venons à la 1re année. Celle-ci, n'est-il pas vrai, est bien considérée, de l'aveu commun, général, comme l'année par excellence des manifestations secondaires et des manifestations secondaires les plus simples, les plus légères, les plus différentes de ce qui constitue le tertiarisme.

C'est, dit-on, l'année bénigne, l'année où la vérole ébauche ses premiers coups sous forme d'éruptions cutanées ou muqueuses superficielles, passagères, relativement anodines, en général, tout au moins, et réserves faites pour quelques cas considérés comme exceptionnels et rangés sous la rubrique de syphilides malignes précoces.

Eh bien, voyez, tout compte fait, ce qui est en réalité.

Dans cette 1re année, dans cette année bénigne, la même statistique ne nous fournit pas moins de 158 cas de manifestations tertiaires.

Etablissons maintenant une comparaison avec les autres années et nous aboutissons à ceci :

Que le taux de fréquence des manifestations tertiaires de la 1re année de la syphilis

1° Se tient notablement au-dessous du taux de fréquence du tertiarisme des 2e, 3e, 4e, 5e, 6e, 7e années ;

2° Mais qu'il se place au même niveau que celui des 8e, 9e, 10e années ;

— Par exemple, on a autant de risques de subir un accident tertiaire au cours de la 1re année de l'infection que dans la 8e année. —

3° Qu'enfin il est bien inférieur à celui des années subséquentes. — C'est ainsi qu'on a beaucoup plus de chances d'avoir un accident tertiaire dans la première année de la syphilis que dans la 10e, 15e, 20e, 25e, 30e, etc.

Traduisons ces chiffres en langage courant. Cela veut dire au total :

Que le tertiarisme ne laisse pas vraiment d'être assez commun dans la première année de la syphilis, dans les étapes toutes jeunes de la maladie, à une époque voisine encore de l'infection originelle ; que, conséquemment, l'opinion courante, l'opinion généralement admise, qui le considère comme une exception ou une rareté à échéances rapprochées du début même de la maladie, reçoit un démenti de l'analyse rigoureuse des faits cliniques.

Il faut donc, et c'est là un enseignement majeur, renoncer à cette opinion et admettre ce qui est, à savoir : que, dès son jeune âge, dès ses premières années, la syphilis peut se révéler et se révèle avec un degré de fréquence non soupçonné jusqu'alors, par des manifestations d'ordre tertiaire. Cela ressort de l'observation, cela ressort des statistiques. C'est un fait brutal qui s'impose.

D'après cela donc, il existe incontestablement ce qu'on peut appeler un tertiarisme *précoce*, qui a une haute importance tant par la qualité de ses accidents que par la fréquence avec laquelle il se produit.

Eh bien, c'est ce tertiarisme précoce, ce tertiarisme de la 1re année de la syphilis, dirai-je, pour préciser et mieux délimiter notre sujet, que je me propose d'étudier aujourd'hui devant vous.

I

Le tertiarisme précoce affecte deux modalités d'évolution, deux modes d'entrée en scène.

I. — Dans le premier mode, de beaucoup le plus commun, ce qu'on observe est ceci :

Tout d'abord, et comme exorde, une syphilis qui n'a rien que de normal, de conforme à ce qu'on voit tous les jours, à savoir :

Comme accident initial, un chancre, cela va sans dire ;

Comme accidents secondaires, apparaissant à leur terme et évoluant suivant le mode usuel, des manifestations diverses (celtes-ci ou celles-là, peu importe) n'ayant également rien que de très banal, par exemple : roséole, syphilides papuleuses, adénopathies, plaques muqueuses, etc.

Puis, dans le mois suivant, d'ordinaire dès le second semestre de la maladie (c'est-à-dire au 6e, 8e, 10e, 11e mois), tout à coup, invasion d'un accident inattendu lequel, lui, par sa qualité, revêt la forme tertiaire, lequel est de l'ordre de ceux qui, généralement, n'entrent en scène que d'une façon tardive ; tel que, par exemple : syphilide ulcéreuse, lésion gommeuse des muqueuses, sarcocèle, exostose, lésion viscérale quelconque, notamment lésion du système nerveux (paralysie partielle, hémiplégie, paraplégie, etc.). Laissez moi vous citer comme spécimens du genre les 3 cas suivants :

1° Un jeune homme contracte la syphilis en octobre 1880 et se traite tout aussitôt. Sept semaines après, légère éruption papuleuse. Le mois suivant quelques syphilides érosives buccales et gutturales. Puis, au 10e mois, apparition de deux gommes ulcér[illegible] la verge ;

2° Chancre, suivi de roséole. Rien ne se manifeste au-delà, sans doute grâce au traitement. Puis, dans le dernier trimestre de la première année, invasion de deux accidents de forme tertiaire, une syphilide ulcéreuse et une lésion osseuse crânienne intense, ayant laissé après guérison une dépression profonde du crâne;

3° Chancre en juin. Dans les mois suivants, roséole, éruption croûteuse du cuir chevelu, plaques muqueuses buccales. Puis, au 7e mois, hémiplégie, bientôt suivie d'une paralysie de la 6e paire.

Ainsi donc, dans cette forme, c'est une syphilis ordinaire, usuelle, qui commence à la façon des syphilis courantes par des accidents d'ordre secondaire, puis qui, au cours et plus spécialement vers la fin de sa 1re année, aboutit soudainement à une manifestation d'ordre tertiaire.

Voilà un premier type ; et ce type est ce qu'on appelle à proprement parler le tertiarisme précoce.

II. — Mais il en est un autre tout différent comme évolution, comme physionomie générale, vous allez en juger.

La caractéristique de ce second type réside en ce que le tertiarisme apparaît au seuil même de la période secondaire, c'est-à-dire entre en scène d'emblée, du premier coup, sans avoir été précédé des phénomènes par lesquels se traduit usuellement la syphilis à ses débuts, dans ses manifestations constitutionnelles. Ce qui se produit donc, comme schéma, est ceci :

Un chancre, comme origine, naturellement, et, le plus souvent en pareil cas (soit dit au passage), un chancre de mauvaise forme, de mauvaise allure, creux, ulcéreux, profond, quelquefois phagédénique.

Puis, après six, sept, huit semaines, comme entrée dans la période des accidents généraux, accidents tertiaires immédiats, et accidents tertiaires de forme généralement grave, consistant le plus souvent en syphilides tuberculo-croûteuses, ulcéreuses et parfois profondément ulcéreuses, discrètes ou confluentes ; simultanément ou peu après, syphilides gommeuses des muqueuses (notamment de la muqueuse gutturale ou pharyngée) ; souvent aussi : lésions osseuses; iritis gommeuse, avec ou sans choroïdite, sarcocèle ; accidents viscéraux divers, quelquefois avec complication d'accidents généraux graves (fièvre, prostration, adynamie, etc.).

Ici donc le tertiarisme s'établit d'emblée et sans transition à la suite du chancre. La période secondaire est littéralement supprimée, et le schéma d'évolution se réduit à ces deux termes : chancre, puis, tout aussitôt, période tertiaire.

Eh bien, c'est à cette forme spéciale de tertiarisme précoce que l'on peut appliquer le nom très légitime de *tertiarisme d'emblée*.

Telles sont les deux formes sous lesquelles se présente le tertiarisme précoce.

(*A suivre.*) Dr P. PORTALIER.

CRITIQUE MÉDICALE

SYPHILIS ET NEURASTHÉNIE

Le rôle de la syphilis dans la pathogénie des maladies du système nerveux grandit de jour en jour.

On sait qu'aux termes des statistiques les mieux conduites (Fournier, Erle, etc.), plus des trois quarts des cas de tabes dorsalis et de paralysie générale progressive sont imputables à l'infection syphilitique. C'est là un fait dûment établi et qui, de quelque façon qu'on l'interprète, semble être désormais à l'abri de toute contestation. M. le professeur Fournier, qui fut l'initiateur de cette enquête féconde, poursuivant ses recherches, a montré récemment, dans une série d'études cliniques, l'influence provocatrice qu'exerce parfois la syphilis dans le développement de la *neurasthénie*.

D'après l'enseignement de M. Fournier la neurasthénie peut apparaître à toutes les périodes de la syphilis soit isolément soit en compagnie de manifestations spécifiques diverses. C'est par l'anémie, par la débilité générale de l'économie, par les perturbations profondes qu'elle apporte dans les fonctions du système nerveux que la maladie exerce son influence provocatrice, souvent encore par la terreur qu'elle inspire et l'état de tristesse qu'elle crée chez les sujets qui en sont atteints.

Lorsque la neurasthénie se manifeste durant la période tertiaire de la syphilis elle apparaît soit dans sa forme complète et avec tout le cortège des symptômes cérébraux ou médullaires qui, d'ordinaire, la caractérisent, mais plus fréquemment elle se montre sous la forme fruste de cérébrasthénie ou de céphalée. Dans l'un et l'autre cas elle peut être l'origine d'erreurs de diagnostic qu'il importe d'éviter.

La céphalée neurasthénique des syphiliques ne diffère en rien de la céphalée des neurasthéniques vulgaires. Elle consiste non pas en une véritable douleur, mais en une sensation de serrement, de pression ou de vide, siégeant de préférence dans les régions postérieures de la tête et souvent étroitement localisée à l'occiput (plaque occipitale de Charcot). Cette céphalée, on le sait, est particulièrement tenace; elle est généralement *diurne;* elle s'accuse plus particulièrement le matin, à jeun. Les repas l'atténuent et quelquefois la dissipent complètement. Par contre elle s'accroît par la lecture, le travail intellectuel et d'une manière générale par tous les actes qui nécessitent chez le malade un certain effort d'attention soutenue.

Sous l'influence de ces causes diverses et parfois spontanément, elle s'exaspère, s'accompagne d'asthénopie, de prostration, d'anémie, enfin d'un état de torpeur intellectuelle, telle que le patient et quelquefois aussi le méde-

cin viennent à penser que la syphilis cérébrale est en jeu. En pareil cas, il importe d'autant plus d'interpréter justement ces divers troubles que la médication spécifique sévère qu'on ne manque pas de prescrire, n'amène pas la sédation attendue, mais bien plutôt aggrave l'état neurasthénique.

Le diagnostic différentiel entre la cérébrasthénie neurasthénique et la céphalée spécifique n'offre pas, d'ailleurs, de réelles difficultés.

La céphalalgie syphilitique se reconnaît et se distingue de la céphalée neurasthénique par les caractères suivants : elle apparaît et s'accroît vers le soir ou bien durant les heures de la nuit. Elle est caractérisée par une douleur profonde, fugitive ou gravative, tandis que la céphalée neurasthénique consiste en une sensation agaçante, insupportable si l'on veut par sa ténacité, mais non pas en une vraie douleur. Enfin le traitement spécifique est ici une pierre de touche à peu près infaillible. Il supprime la céphalalgie spécifique et n'a pas d'effet curatif sur l'état cérébrasthénique.

Lorsque le syndrome neurasthénique se développe dans sa forme complète chez un syphilitique en période tertiaire la dépression mentale, l'émotivité excessive, l'incapacité psychique, l'affaiblissement de la mémoire, l'asthénie musculaire, les ictus vertigineux enfin, auxquels il est sujet, peuvent faire croire à une paralysie générale en voie d'évolution. Il est clair, qu'on évitera toute erreur de diagnostic et qu'il sera facile, le plus souvent d'affirmer la neurasthénie en se fondant sur l'absence des symptômes fondamentaux de la périencéphalite chronique tels que les troubles pupillaires, la trémulation des lèvres, de la langue, l'embarras de la parole, les conceptions délirantes. Malgré tout, il faut en pareilles circonstances ajouter à l'énoncé du diagnostic une certaine réserve car la période prodromique de la paralysie générale s'affirme quelquefois, M. Gilbert Ballet l'a établi récemment dans une de ses leçons cliniques de l'hôpital Saint-Antoine, par un état neurasthénique parfaitement caractérisé.

A. DUTIL.

PATHOLOGIE MÉDICALE

DES ALBUMINURIES PHOSPHATURIQUES, CLASSIFICATION ET TRAITEMENT

Par le Dr ALBERT ROBIN.

J'ai découvert une espèce nouvelle d'albuminurie liée à un trouble de la nutrition, qui demeure fonctionnelle pendant un temps assez long, aboutit probablement à une lésion rénale, mais qui, pendant sa période fonctionnelle, guérit le plus souvent : c'est *l'albuminurie phosphaturique*.

Le trouble de nutrition qui l'engendre présente l'arthritisme comme *cause prédisposante*, le surmenage nerveux et la suralimentation comme *causes déterminantes* principales.

Il est caractérisé par une dénutrition exagérée surtout dans les organes riches en phosphore, par une incomplète assimilation nerveuse des phosphates alimentaires, par une déperdition urinaire de l'acide phosphorique, par une dénutrion accrue des globules rouges du sang, par une diminution relative des oxydations.

Son *syndrome urologique* essentiel consiste dans la coexistence de l'albuminurie avec la phosphaturie et l'ensemble des caractères qui traduisent les troubles nutritifs dont l'énumération précède.

Cliniquement, cette nouvelle espèce d'albuminurie comporte 4 variétés :

1° La première, *albuminurie phosphaturique simple*, a été comprise jusqu'ici parmi les albuminuries dites cycliques, intermittentes ou physiologiques, dont le groupe artificiellement constitué, subit, du fait de cette séparation, une première dissociation ;

2° La deuxième variété a les apparences cliniques de la neurasthénie, d'où le nom que je lui donne d'*albuminurie phosphaturique pseudo-neurasthénique*. La guérison, ou tout au moins l'amélioration des symptômes nerveux de par le traitement dirigé contre la viciation causale des échanges légitime l'individualisation de cette affection et le démembrement qu'elle comporte dans la neurasthénie ;

3° La troisième variété a été confondue jusqu'ici avec la néphrite interstitielle ou avec le mal de Bright ; je l'appelle *albuminurie phosphaturique pseudo-brightique pré-brightique*, indiquant par là que l'on doit la séparer du groupe des néphrites primitives auxquelles elle peut aboutir, si elle n'est pas reconnue et traitée en temps opportun. C'est la variété la plus fréquemment rencontrée ;

4° La quatrième variété est *l'albuminurie brightique d'origine phosphaturique*. Tout semble indiquer qu'elle est la période ultime des variétés précédentes.

Elle se reconnaît à la concomittance de la lésion brighthique et de ses symptômes avec les troubles de nutrition si caractéristiques des autres variétés. La maladie, originelle d'abord et longtemps simplement fonctionnelle, a fini par altérer l'émonctoire qui prend alors la parole pour son propre compte.

Le *traitement*, souvent suivi de succès dans les trois premières variétés, a pour base la lutte contre l'étiologie et le régime alimentaire. Le traitement médicamenteux ne vise que les troubles des échéanges et comprend trois *indications* majeures :

1° Diminuer la désintégration générale dans les tissus riches en phosphore ; favoriser l'assimilation des phosphates fournis à l'organisme ; activer les oxydations (huile de foie de morue, arséniate de soude, association de phosphates aux préparations strychniques, magnésie, hypophosphites, phospho-glycérates, sulfate de quinine, extrait de quinquina, inhalation d'oxygène) ;

2° Favoriser la rénovation des globules rouges du sang (médication ferrugineuse, arsénicale, strychnique) ;

3° Combattre l'albuminurie (acide gallique, préparations iodotanniques, régime lacté mixte).

Ces indications doivent être sériées en étapes qu'on ne parcourra que successivement et qui seront complétées par une cure hydro-minérale (Saint-Nectare, eaux chlorurées sodiques fortes, Brides).

La constitution du groupe des albuminuries phosphaturiques démontre que l'entité morbide décrite sous le nom de maladie de Bright n'est quelquefois que la complication anatomique d'une maladie antérieure purement fonctionnelle.

Et l'existence de ce groupe donne à penser que bien des lésions d'organes ne sont que la conséquence d'un trouble clinique fonctionnel antérieur, qui est la *véritable maladie*, et que, si l'on veut prévenir la lésion si souvent incurable, c'est cette *maladie du vitalisme* qu'il faut chercher à reconnaitre, puisqu'elle est encore justiciable de la thérapeutique.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

TRAITEMENT DE LA COQUELUCHE

Il n'existe aucun traitement spécifique de la coqueluche : la multiplicité des traitements préconisés témoigne de leur valeur restreinte. Nous ne pouvons les rappeler tous. On peut les diviser en plusieurs grands groupes, s'inspirant chacun d'une idée dirigeante basée le plus souvent sur la pathogénie admise de l'affection : ainsi la richesse de la thérapeutique antispasmodique découle de la théorie nerveuse de la coqueluche si longtemps seule admise ; avec la théorie infectieuse sont venus les essais de thérapeutique antiseptique générale ou locale ; de la théorie qui a placé l'origine de la coqueluche dans un réflexe parti de la pituitaire sont venues les insufflations nasales de poudre, récemment en faveur.

Les traitements employés peuvent être divisés tout d'abord en *généraux* (médication interne) ou *locaux* (pulvérisations, badigeonnages de la gorge, insufflations nasales.)

Dans la médication interne deux grands groupes de médicaments.

Médicaments antispasmodiques. — La belladone et ses sels si vantés par Trousseau, l'antipyrine, le bromure de potassium (l'opium, la codéine, le chloral, le sirop d'éther).

Médicaments antiseptiques. — Le sulfate de quinine (Unger), l'acide phénique, le bromoforme (Stepp).

Plusieurs d'entre eux, comme l'acide phénique, agissent d'ailleurs surtout comme calmants.

D'autres médicaments qu'on peut difficilement classer dans ces deux groupes ont été employés dans la coqueluche

La teinture de drosera, l'oxymel scillitique, la terpine ceux-ci destinés surtout à combattre l'élément catarrhal de la 3e période.

Dans la médication locale, on a employé également soit des calmants, soit des antiseptiques. Les pulvérisations (de salicylate de soude, phéniquées, de résorcine au cinquantième (Séjournet). — Les inhalations de chloroforme ou d'éther. — Les badigeonnages de la gorge à la cocaïne. — Les applications de résorcine dans le larynx (Moncorvo). Enfin les insufflations de poudre dans les fosses nasales

La vaccination pratiquée avec succès aurait pour effet d'arrêter le cours d'une coqueluche en évolution. — Les résultats obtenus par les auteurs italiens et relatés par Pestalozza (*Archives italiennes de pédiatrie*, 1893) méritent d'être vérifiés — malheureusement, les enfants coquelucheux, en France au moins, ont déjà été vaccinés. (Michaël).

Devant un cas de coqueluche confirmée, voici la conduite à tenir que nous conseillons.

Médication interne. — On donnera la préférence à l'antipyrine ; la plupart des auteurs conseillent une dose de 0 gr. 10 par année d'âge (Legendre, *Traité de médecine*). A notre avis, suivant l'opinion de M. le Dr Sevestre, cette dose est trop faible. M. Sevestre emploie l'antipyrine dans la coqueluche à la dose journalière de 2, 3 et 4 grammes (mêmes doses que dans la chorée). Chez les enfants au-dessus de 2 ans, on donnera des prises de 0 gr. 50 chaque fois, renouvelées 3, 4, 5 fois ou plus, suivant la nécessité ; au-dessous de 2 ans, les prises seront seulement de 0 gr. 25, renouvelées 2 ou 3 fois par jour ; on peut aller même chez un enfant au-dessous de 1 an à une dose totale de 0 gr. 50 par jour. Si on administre les doses maxima que nous indiquons, il faut surveiller attentivement l'enfant. A la suite de l'administration de l'antipyrine, on verra généralement survenir une amélioration marquée dans le nombre et la violence des quintes : au bout de quelques jours, quand cette amélioration sera acquise, il est nécessaire de suspendre l'emploi de l'antipyrine, pour le reprendre après quelques jours de repos. Si on continue sans interruption l'usage de l'antipyrine, au bout de quelque temps, elle n'a plus aucune action. En le suspendant, au contraire, on a, pendant toute la durée de la coqueluche un médicament fidèle et permettant d'atténuer considérablement son intensité.

L'antipyrine peut s'administrer en paquets qu'on fait dissoudre dans un peu de grog au moment de les donner, ou bien dans une solution titrée autant que possible exactement à 0 gr. 25 ou 0 gr. 50 par cuillerée à café ou à dessert.

Tout en accordant à l'antipyrine la première place, il est nécessaire d'avoir à sa disposition d'autres médicaments pour la suppléer, surtout aux périodes où on est obligé de suspendre son emploi :

La belladone et surtout le sulfate neutre d'atropine en solution au millième (Archambault, Sevestre). Cette solution au millième s'emploiera par gouttes, en commençant par de très faibles doses, 1 et 2 gouttes (1 gramme de solution correspond à 1 milligramme de sulfate neutre d'atropine) ; il faut augmenter très prudemment. On peut aller jusqu'à 6 gouttes pour les enfants au-dessus d'un an. Ce traitement donne lieu à quelques accidents, aussi devra-t-on surveiller les pupilles et cesser ou diminuer s'il existe de la mydriase.

La teinture de drosera (12 à 30 gouttes) donne quelquefois de bons résultats et peut également suppléer l'antipyrine.

Dans une maladie aussi longue et contre laquelle il n'y a aucun spécifique, il est nécessaire d'avoir plusieurs médicaments à sa disposition, pouvant se suppléer et agir quand ceux qu'on a donnés d'abord se montrent inactifs. Nous n'avons en effet guère de prise sur la durée d'une coqueluche, tout notre rôle se borne à en atténuer l'intensité.

Le bromoforme jouit actuellement d'une grande réputation en Allemagne (Stepp) ; il a été employé en France avec succès par M. Huchard. Malheureusement ce médicament a donné lieu plusieurs fois à des accidents et même à des cas de mort, aussi hésitons-nous à le recommander. On donnerait de 2 à 4 gouttes, 3 à 4 fois par jour suivant l'âge.

Traitement local. — Nous conseillons d'une façon générale de n'y avoir recours que si le traitement interne est in-

suffisant; si les quintes sont trop violentes, comme adjuvant on pourra employer les badigeonnages de la gorge avec une solution de chlorhydrate de cocaïne 0,50 centigr. pour 10 grammes d'eau, deux fois par jour (Labric). Nous croyons qu'il faut s'abstenir d'aller irriter la gorge par d'autres applications locales qui n'ont d'ailleurs jusqu'à présent pas fourni de résultats supérieurs aux autres modes de traitement.

Les pulvérisations de solutions variées (phéniquée, salicylate de soude, résorcine) pourront être également employées, mais à titre accessoire.

Conduite à tenir au moment de la quinte. — On doit faire asseoir l'enfant en lui soutenant la tête avec la main. Quelquefois, surtout chez les très jeunes enfants, il est nécessaire de provoquer artificiellement l'expulsion des mucosités accumulées au fond de la gorge.

Si les quintes sont trop prolongées, si des convulsions tendent à les accompagner, on devra employer au moment des quintes des inhalations de chloroforme ou d'éther.

Les quintes violentes peuvent amener des menaces d'asphyxie, ou une syncope. On emploiera les moyens usités en pareil cas (respiration artificielle, etc.).

Hygiène du coquelucheux. — Faut-il faire sortir les enfants atteints de coqueluche ? Question fort discutée. M. le Dr Sevestre penche pour la négative en ce qui concerne au moins les coqueluches un peu sérieuses ; avec une coqueluche légère, surtout l'été, on ne sera point aussi sévère. Mais la moindre inflammation bronchique doit faire interdire les sorties, de même l'état de la température. On voit trop souvent le nombre des quintes augmenter après les sorties.

L'alimentation des coquelucheux réclame beaucoup d'attention. Si les quintes déterminent des vomissements alimentaires, on essaiera de les arrêter en donnant du bromure de potassium 0 gr. 50 une demi-heure avant le repas, ou encore du menthol 0 gr. 15 à 0 gr. 25 à la fin du repas, dans une potion avec de l'alcool pour dissoudre le menthol.

En outre, la nourriture devra être choisie de façon à être administrée sous une forme solide et rapidement assimilable. On la donnera aussitôt après une quinte. L'enfant pourra ainsi faire plusieurs petits repas pendant la journée.

Quand, à l'aide des moyens précédents, la coqueluche est nettement en voie de décroissance, le changement d'air peut amener la terminaison rapide et brusque de la maladie; il importe de ne point le prescrire trop tôt.

L'élément catarrhal qui accompagne la coqueluche, surtout vers la fin, a ses indications spéciales : ipéca, lorsqu'on constate une accumulation trop grande de sécrétions dans les bronches, oxymel scillitique. La dilatation des bronches, le catarrhe chronique qui succède aux coqueluches graves, sont combattus par la terpine, l'eucalyptus, etc. A cette période on se trouve également bien des bains d'air comprimé.

Il est enfin nécessaire de faire le traitement prophylactique habituel des maladies infectieuses, surtout s'il existe de jeunes enfants dans la famille du malade : la prophylaxie de la coqueluche nous fournirait encore un argument contre les sorties des malades ; les jardins publics parisiens où se rencontrent de nombreux enfants sont, en effet, un des lieux de propagation les plus fréquents de cette maladie.

H. MÉRY.

THÉRAPEUTIQUE OBSTÉTRICALE

TRAITEMENT DE L'HÉMORRHAGIE DANS L'INSERTION VICIEUSE DU PLACENTA

Le placenta prævia donne lieu à des hémorrhagies assez graves pour compromettre souvent la vie de la mère. Quant à l'enfant, on peut dire que dans près des deux tiers des cas, ses chances de survie sont nulles. Tous nos efforts devront donc tendre à sauver la mère, la vie de l'enfant étant fortement compromise quoi qu'on fasse.

L'hémorrhagie par insertion vicieuse du placenta peut se produire pendant la grossesse, pendant le travail, pendant la délivrance. Dans ces 3 cas, la conduite à tenir sera différente.

Pendant la grossesse, il peut, dans certains cas, se produire une hémorrhagie légère, ne mettant pas les jours de la mère en danger. Le repos au lit, quelques injections chaudes à 50° suffiront pour l'arrêter. Dans d'autres cas, au contraire, la situation sera beaucoup plus grave, nous aurons affaire à une perte de sang considérable, contre laquelle il nous faudra lutter avec énergie.

Le procédé le plus habituellement employé consiste à placer dans le vagin un tampon qui oppose au sang une barrière suffisante. Le plus simple et le plus pratique est certainement le système de tamponnement que Leroux a décrit en 1776. Voici en quoi il consiste. On prend 500 grammes de coton hydrophile que l'on divise en petits bourdonnets très serrés et de la grosseur d'une noix. On fixe ces bourdonnets soit à un même fil, à 0 m. 15 ou 0 m. 20 les uns des autres, soit à des fils séparés. Il en faut 50 ou 60. On les plonge pendant un certain temps dans une solution de sublimé à 1 p. 1.000, ou d'acide phénique au 50e, puis on les exprime soigneusement. Ces bourdonnets sont ensuite graissés avec de la vaseline phéniquée ou iodoformée. La femme, dont la vessie et le rectum ont été préalablement vidés, est placée en position obstétricale. Ses organes génitaux externes et son vagin sont soigneusement désinfectés au moyen d'une solution de sublimé à 1 p. 4.000. On commence alors à introduire un à un les bourdonnets en ayant bien soin de tasser les premiers dans les cul-de-sac du vagin de façon à former autour du col une sorte de couronne. Un ou plusieurs de ces tampons seront même introduits dans le col, s'il est perméable. Ces bourdonnets doivent être tassés avec soin de façon à ce qu'il ne reste aucun espace, dans le fond du vagin, où le sang puisse s'accumuler. On continue ensuite à glisser de nouveaux tampons de façon à ce que tout le vagin soit bien rempli. Il faut se rappeler qu'il en faut 50 à 60 pour faire un tamponnement efficace, plein un chapeau à haute forme, dit le professeur Pajot.

Pour fixer le tampon, on placera devant la vulve un gâteau d'ouate imbibée d'une solution antiseptique. Au-dessus de ce gâteau on place un bandage en T que l'on serre fortement.

Le tampon est laissé en place douze heures au maximum.

Dans certains cas, il provoque le travail, on peut alors même le laisser en place, ainsi que le conseille le professeur Pajot : il sera expulsé en même temps que l'enfant.

Une fois le tampon enlevé, si l'hémorrhagie a cessé, il faut être convaincu que tout danger n'est pas écarté et que la perte de sang peut se reproduire d'un instant à l'autre. Il faudra donc laisser auprès de la femme une personne qui puisse appliquer de nouveau le tampon à la moindre alerte.

Dans certains cas, ces pertes réitérées finissent par affaiblir la femme au point de mettre ses jours en danger. La question de l'accouchement prématuré se pose alors, et avec elle un double problème : il faut à la fois provoquer les contractions utérines et maintenir dans le col un tampon capable d'arrêter l'hémorrhagie. Les ballons dilatateurs rempliront alors admirablement cet office, et en particulier. ceux de Barnes et de Champetier de Ribes. C'est à ce dernier que nous donnerons la préférence. Par son volume, en effet, il se prête admirablement au rôle que nous voulons lui faire jouer. Nous n'insisterons pas sur la description de ce ballon, ou sur son mode d'emploi, aujourd'hui bien connu. Nous sommes, du reste, arrivés à la seconde partie de notre travail, au traitement de l'hémorrhagie du placenta prævia pendant la période de la dilatation.

Pendant le travail, l'insertion vicieuse du placenta, et surtout dans la variété dite complète, va être la cause d'un nouvel accident : par suite de son adhérence au segment inférieur de l'utérus, le placenta va empêcher le col de se dilater. De plus, à chaque ampliation du segment inférieur, il va se produire une série de décollements du placenta, qui vont amener des hémorrhagies successives. Aussi Barnes a-t-il proposé, dès que la dilatation est suffisante, d'introduire un doigt dans l'orifice et, le portant aussi haut que possible, de décoller, en lui faisant décrire un cercle, une zone de placenta qu'il appelle la zone dangereuse. A la suite de cette manœuvre, il se produit une hémorrhagie assez abondante, il est vrai, mais qui cesse bientôt ; de plus, le placenta n'étant plus adhérent au segment inférieur, le col pourra se dilater plus facilement.

Dans tous les procédés que nous avons passés en revue, il n'est pas question du fœtus, nous allons voir qu'on peut à son tour lui faire jouer le rôle du tampon.

La partie fœtale, dans la présentation du sommet, sera, en effet, un tampon très efficace, dès qu'elle sera descendue dans l'excavation, en comprimant le segment inférieur contre les parois du bassin. Pour la faire descendre, il suffira, dans les présentations du sommet, de donner issue au liquide amniotique, soit en rompant les membranes, si elles sont accessibles (procédé de Puzos, 1759), soit en décollant le placenta sur une certaine étendue, jusqu'à ce qu'on trouve les membranes (méthode de Cohen) soit enfin en passant à travers le placenta (méthode de Deventer). Une fois le liquide évacué, la tête descendue dans l'excavation et formant tampon arrête l'hémorrhagie.

Cette méthode n'est applicable que dans la présentation du sommet. Le siège et surtout l'épaule, sont impuissants à arrêter l'hémorrhagie, aussi conseille-t-on dans ces cas, soit de faire la version céphalique par manœuvre externe, si elle est possible, ou mieux d'aller à la recherche d'un pied après avoir perforé les membranes, et de l'attirer à la vulve. On engage ainsi dans l'orifice une partie fœtale en forme de coin, qui, par son volume et sa forme, s'opposera très efficacement à l'hémorrhagie.

Braxton-Hicks (Londres, 1864) a proposé de se servir toujours du membre inférieur de l'enfant comme tampon, de préférence à la tête. D'après lui, il faut toujours abaisser un pied dans la présentation du sommet, après avoir fait la version, soit par manœuvres mixtes, ainsi qu'il le conseille, soit par manœuvres internes si la dilatation est suffisante. Ce procédé a l'avantage de pouvoir terminer l'accouchement plus rapidement et de sauver dans certains cas, la vie de l'enfant.

Si l'hémorrhagie continue *après l'expulsion de l'enfant*, il faut immédiatement faire la délivrance artificielle. Une fois l'utérus vidé, si la perte de sang continuait il faudrait réveiller les contractions utérines par des frictions, ou, ce qui est préférable, avoir recours aux injections intra-utérines chaudes. Mais nous entrons ici dans le chapitre des hémorrhagies de la délivrance que ne comporte pas notre sujet.

E. PAQUY.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 5 décembre 1893. — Présidence de M. LABOULBÈNE.

Action des projectiles de petit calibre sur le corps humain.

M. CHAUVEL lit un rapport de M. Démosthènes, médecin en chef de l'armée roumaine, sur l'action des nouveaux projectiles sur le corps humain.

Les expériences de M. Démosthènes ont été faites sur des chevaux vivants et des cadavres humains avec le fusil roumain, un Mannlicher à quatre rayures hélicoïdales, dont la balle a 6 mill. 1/2 de diamètre et 31 millimètres de longueur. Elles présentent à considérer deux points importants : l'emploi des cartouches de guerre, le tir aux distances réelles.

Les lésions particulièrement graves qui ont été notées dans ces essais sont les suivantes : l'existence fréquente d'hémorrhagies immédiates et souvent très graves, même quand il n'y a pas de lésions des gros vaisseaux, surtout dans les plaies viscérales ; la grande rareté de la perforation des os spongieux ; comme les autres os, ils sont fracassés en éclat et avec des pertes de substance considérables.

Si l'on ajoute à cela la fragmentation des balles au milieu des tissus sains, leur portée à 3.500 et 4 000 mètres, on voit que la zone dangereuse est plus étendue que par le passé, on comprend la nécessité des soins plus délicats à apporter dans le pansement et le transport des blessés. Que penser alors des Allemands pour lesquels ces projectiles sont « humanitaires ».

Diabète à évolution lente.

M. F. WORMS. — Des recherches et statistiques que j'ai faites sur le diabète depuis ces vingt-cinq dernières années, je crois pouvoir conclure que le diabète latent, sans signes, est relativement fréquent dans les classes élevées. J'ai pu distinguer trois formes spéciales de ce diabète à évolution lente, suivant qu'il est facilement réductible, irréductible, périodique ou intermittent.

1° *Forme réductible.* — Ce sont des sujets ayant 10, 15 et 20 grammes de sucre par litre et chez qui on peut supprimer ou suspendre la glycosurie ;

3° *Forme irréductible.* — Ici la dose de sucre est plus élevée. On peut maintenir les diabétiques en assez bonne santé quoique l'on ne puisse pas faire disparaître complètement la glycosurie ;

3° *Forme intermittente.* — Il s'agit de malades ayant de 50 à 70 grammes de sucre, mais d'une façon transitoire, apparaissant après de violentes émotions morales, à retours éloignés souvent à une année de distance, disparaissant sous l'influence du régime et du traitement.

Quand un malade est atteint d'une de ces formes de diabète, il est indispensable qu'il sache faire l'analyse qualitative et quantitative de son urine au point de vue du sucre qu'elle renferme. Dans ce but, on doit employer la liqueur de Fehling, à laquelle, suivant l'indication de M. Meillière on peut ajouter du cyanure jaune. De la sorte, on obtient une décoloration complète de la liqueur qui rend la recherche plus facile encore.

Le régime alimentaire est bien connu. En outre, j'ai toujours conseillé à mes diabétiques de faire de l'exercice et d'être le plus possible au grand air. Je prescris de plus une cure thermale bicarbonatée sodique ou arsenicale, à Vichy ou à la Bourboule et l'usage du sulfate de quinine à la dose de 0 gr. 20 à 0 gr. 30 par jour, enfin de l'arsenic dans les cas les plus rebelles. Je me suis également bien trouvé d'y joindre des lotions froides sur la tête répétées deux fois par jour et des purgatifs salins.

Tic douloureux de la face.

M. Magitot lit un rapport sur un mémoire de M. Jarre, ayant pour titre : *Pathogénie et traitement du tic douloureux de la face.*

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 1er décembre. — Présidence de M. Fernet.

Sarcome primitif du poumon gauche.

M. Ferrand montre un dessin représentant la disposition d'une tumeur primitive du poumon. A la fin de juin dernier, M. Ferrand recevait, dans son service, une jeune femme d'une trentaine d'années, se plaignant depuis un an environ de douleurs intercostales, de toux, de crachements de sang, et de gêne de la respiration. L'examen montra une zone de matité avec abolition complète du murmure vésiculaire au niveau de la partie moyenne du poumon gauche. On pensa à une pleurésie interlobaire, mais l'évolution ultérieure de la maladie ne confirma pas ce diagnostic. La toux devient quinteuse, l'expectoration sanguinolente ; une voussure considérable avec immobilité de la paroi se produisit et l'aspect de la malade se modifia complètement, la cachexie apparut, on constata l'engorgement des ganglions axillaires, mais pas trace du ganglion sus-claviculaire signalé par M. Troisier. On pense à un néoplasme pleuro-pulmonaire.

A l'autopsie, on trouva une tumeur volumineuse occupant toute la place du poumon gauche, il n'y avait pas de noyaux secondaires dans les autres organes. L'examen histologique démontra qu'il s'agissait d'un sarcome à cellules fusiformes.

M. Boulay. — J'ai observé récemment un cas analogue à celui que vient de rapporter M. Ferrand. Il s'agissait d'un homme présentant des phénomènes d'orthopnée survenant par accès paroxystiques et s'accompagnant d'un cornage intense. L'examen du thorax révélait les signes d'un épanchement interlobaire, mais de nombreuses ponctions exploratrices, faites en des temps très éloignés, furent absolument négatives. On constatait, en outre, la présence d'un ganglion au-dessus de la clavicule droite qui mit sur la voie du diagnostic du cancer du poumon, diagnostic confirmé le lendemain par une expectoration gelée de groseille. Malheureusement, l'autopsie de ce malade ne put être faite.

M. Troisier. — La présence de ce ganglion sus-claviculaire devait faire poser nettement le diagnostic de cancer. La présence de ganglions sus-claviculaires peut aider au diagnostic de cancer organique, mais elle n'indique pas le siège du cancer ; elle n'implique surtout pas l'idée d'un cancer pulmonaire.

M. Catrin (Val-de-Grâce). — J'ai actuellement dans mon service un malade qui avait, il y a quelque temps, une adénopathie cervicale double. Peu à peu cette adénopathie a disparu, à l'exception d'un ganglion qui siège précisément au-dessus de la clavicule. Il en résulte que si un médecin voyait ce malade actuellement, il serait en droit de conclure à un cancer de par la présence de ce ganglion. Or tout porte à penser qu'il s'agit d'une tuberculose.

M. Fernet. — Les adénopathies ne sont pas toujours en rapport avec un cancer, on peut les observer chez les tuberculeux.

M. Troisier. — Sans doute, mais je dis simplement que, lorsqu'on soupçonne chez un malade, en raison des symptômes généraux qu'il présente, l'existence d'un cancer, l'apparition d'un ganglion sus-claviculaire permet d'affirmer le diagnostic.

Abcès du foie avec pus stérile.

M. Laveran communique à la Société deux nouveaux cas d'abcès du foie avec pus stérile. Déjà en 1890, il avait apporté deux observations analogues. Les deux cas nouveaux se rapportent à des malades ayant eu la dysenterie des pays chauds : l'un d'eux fut opéré, mais succomba à la dysenterie chronique, l'autre est encore en traitement. Chez ce dernier, l'abcès du foie soupçonné fut ponctionné, l'examen bactériologique pratiqué avec le plus grand soin montra la stérilité absolue du pus.

Kartulis a retrouvé souvent le staphylococcus pyogènes aureus et l'albus ; Zancarol a rencontré 8 fois sur 9 le staphylococcus albus, etc. D'où provient la discordance de ces résultats ? Il résulte de mes recherches que les cas dans lesquels le pus était stérile se rapportaient à des faits d'abcès à marche lente, tandis que les abcès qui fournissent du pus renfermant des micro-organismes sont en général des abcès à marche rapide.

Quelques observateurs ont signalé la présence d'amibes dans le pus des abcès du foie d'origine dysentérique : je ne les ai jamais constatés dans les 4 cas que j'ai observés.

M. Hanot. — Récemment j'ai examiné le pus provenant d'un abcès du foie datant de cinq mois ; il était absolument stérile.

M. Netter. — De l'absence de microorganismes dans le pus de certains abcès du foie, il ne faudrait pas conclure à son innocuité, s'il tombe, par exemple, dans le péritoine, au cours d'une laparotomie. D'autre part, dans ces abcès stériles, y a-t-il eu tout d'abord des microbes pyogènes qui ont disparu ensuite, ou bien ce pus renferme-t-il des microbes que nous ne savons pas cultiver ? C'est là une question actuellement impossible à résoudre.

Forme osseuse de rhumatisme scarlatineux.

M. Richardière. — J'ai observé à l'hôpital Trousseau deux cas de rhumatisme scarlatineux à prédominance osseuse, avec tendance à l'ankylose et rappelant au point de vue clinique l'évolution de l'arthrite blennorrhagique à forme grave.

Cette forme de rhumatisme se caractérise par son apparition tardive, l'élévation de la température, l'acuité des douleurs, la précocité et l'intensité de l'atrophie musculaire. Il peut se terminer par ankylose et il est quelquefois difficile à diagnostiquer, car on peut songer à une tuberculose ostéo-articulaire compliquant la scarlatine.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 7 décembre 1893. — Présidence de M. Périer.

M. Doyen (de Reims) lit un travail sur l'hystérectomie, qui fera l'objet d'un rapport ultérieur.

M. Tuffier étudie, dans un travail, l'hydronéphrose intermittente. Les trois points principaux portent sur l'étiologie et la pathogénie, l'anatomie et la physiologie pathologique, le traitement.

Mécanisme. — L'hydronéphrose intermittente est liée au rein mobile, elle s'observe chez la femme, à droite. C'est ce qu'ont montré, du reste, Terrier et Baudouin.

M. Tuffier base son opinion :

1° Sur l'expérimentation : il a observé l'hydronéphrose intermittente, chez les animaux, après avoir mobilisé le rein ou l'avoir

64e Année. 8e Série, Tome II — N° 50 — 16 décembre 1893

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : **Dr F. de RANSE** — *Rédacteur en chef :* **Dr Pierre SEBILEAU**

Secrétaire de la Rédaction : **M. Em. EMERY**

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal : 28, rue Vignon

CLINIQUE SYPHILIGRAPHIQUE

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. LE PROFESSEUR FOURNIER.

LE TERTIARISME PRÉCOCE.

(Suite) (1).

II

Nous venons de voir comment le tertiarisme précoce entre en scène, voyons maintenant quelles manifestations le composent.

Tout d'abord et d'une façon générale on peut dire que la plupart, la grande majorité des phénomènes morbides qui composent le tertiarisme usuel, c'est-à-dire le tertiarisme à longues échéances, peuvent prendre place et ont été rencontrées déjà en tant que manifestations de tertiarisme précoce.

C'est ce que vous démontrera un simple coup d'œil jeté sur la statistique suivante.

Cette statistique a été dressée d'après 202 accidents de tertiarisme précoce observés sur 158 malades. Voici ce qu'elle m'a fourni :

Syphilides cutanées tertiaires	84	cas.
Affections diverses du système nerveux	69	—
Lésions osseuses	14	—
Gommes	6	—
Lésions gommeuses du voile palatin	6	—
Lésions gommeuses du pharynx	2	—
Affections tertiaires de la langue	5	—
— du testicule	5	—
— de l'œil	5	—
— du palais osseux et du nez	2	—
— du rein	2	—
— des muscles	2	—
	202	

(1) Voir *Gazette médicale*, n° 49, 1893.

Que remarquons-nous dans ce tableau ?

A coup sûr, ce qui fait le fond de la syphilis tertiaire, c'est-à-dire la plupart des accidents et des grands accidents qui la composent : lésions cutanées, lésions des muqueuses, lésions osseuses, gommes, lésions des grands viscères, etc., en un mot presque toute la vérole tertiaire.

Voilà le gros fait, le fait frappant, irrécusable.

Oui, mais notons ceci, d'autre part :

C'est que, si nous y voyons presque toute la vérole tertiaire, nous n'y voyons pas *toute* la vérole tertiaire.

Deux points, en effet, sont à relever :

1° Certains types, certains grands types notamment, y font défaut.

Nous n'y trouvons pas, par exemple, les lésions tertiaires du poumon, du cœur, de l'aorte, du rectum ; — nous n'y trouvons pas davantage cette grande résultante de la syphilis, cette annexe nouvelle qu'elle est en train de s'approprier très légitimement, à savoir, la paralysie générale ;

2° D'autre part, certains types, extrêmement communs dans le tertiarisme des âges plus ou moins avancés de la syphilis, ne figurent dans le tertiarisme précoce que pour des proportions relativement très minimes comme fréquence. Ainsi :

La gomme du tissu cellulaire, la gomme usuelle, qui figure pour une proportion de 12 0/0 dans le tertiarisme de toutes périodes, figure seulement pour une proportion de 2 à 3 0/0 dans le tertiarisme de la première année.

De même le tabes, qui représente environ les 11 0/0 de tous les accidents tertiaires, est extrêmement rare, dans la proportion de 1 0/0, dans le tertiarisme précoce.

De là suit qu'il y a erreur à dire ce qu'on dit souvent que le tertiarisme précoce n'est que le tertiarisme ordinaire devançant son heure, entrant en scène d'une façon prématurée. Il n'est pas tout à fait cela, ainsi que nous venons d'en fournir la preuve.

Examinons donc quels accidents composent surtout ce tertiarisme.

III

I. — D'abord, nulle discussion possible sur l'ordre d'accidents qui s'observent le plus usuellement comme manifestations du tertiarisme précoce.

Les déterminations cutanées tiennent la tête.

Elles sont même très communes (84 cas sur 202). C'est donc vers la peau que le tertiarisme précoce sévit de préférence. Voilà un premier point à enregistrer.

Eh bien insistons sur ce premier ordre de lésions.

Que sont ces déterminations cutanées ?

Sont-elles purement identiques à ce que sont usuelle-

ment les déterminations cutanées du tertiarisme en général ne en sont-elles différentes?

Comme type de lésions, ce sont des syphilides d'ordre tertiaire, c'est-à-dire des syphilides importantes, sérieuses, affectant la peau en profondeur, voire dans toute son épaisseur quelquefois, la désorganisant, laissant à leur suite des cicatrices, etc... A ce point de vue, rien que d'identique à ce qu'on observe dans le tertiarisme cutané en général.

Et cependant le tertiarisme cutané précoce ne saurait être assimilé au tertiarisme cutané des périodes âgées de la syphilis. Il s'en différencie même — non pas toujours, mais le plus fréquemment — par divers caractères, au nombre desquels je signalerai surtout les quatre suivants :

1° Fréquence ultra-prédominante des formes ulcératives sur les formes sèches.

Les syphilides cutanées d'ordre tertiaire qui se manifestent d'une façon précoce sont, pour la grande majorité des cas, des syphilides de forme ulcéreuse, qui forment « plaies », comme on dit vulgairement.

Les types secs, constituant ce qu'on appelle la syphilide tuberculeuse proprement dite, y sont au contraire assez rares, bien plus rares, relativement, qu'ils ne le sont dans les manifestations cutanées tertiaires d'âge plus avancé.

2° Tendance fréquente, voire habituelle, à la multiplicité des localisations, et, par conséquent, à leur dissémination, leur éparpillement, voire leur généralisation.

Le propre des syphilides tertiaires d'une étape avancée, c'est, chacun le sait, la localisation.

Très généralement, une syphilide tuberculo-ulcéreuse se localise en un point ou en quelques points ; c'est très souvent une syphilide *cantonnée*, isolée, quelquefois une syphilide solitaire. C'est, par exemple, un groupe, un bouquet de lésions ulcéreuses sur une région donnée, soit le dos, soit l'abdomen, soit la face, soit le nez, etc.

Tout au contraire les syphilides tertiaires précoces sont presque invariablement remarquables par un caractère précisément opposé. Il n'en existe pas une, ou quelques unes, ramassées en un bouquet, mais plusieurs, mais un grand nombre ; on en compte 10, 20, 30, 50 et quelquefois plus. Il en existe simultanément sur la face, sur les membres supérieurs, sur les membres inférieurs, sur le tronc, etc.

Si bien qu'en maintes circonstances le diagnostic de l'âge d'une syphilis à manifestations cutanées ulcératives peut se faire, *avant tout interrogatoire*, de par le nombre et la localisation des accidents cutanés ;

3° Caractère très fréquemment observé de gravité locale.

Les syphilides tertiaires cutanées précoces sont des syphilides localement graves, rapidement extensives, plus ou moins rebelles.

D'une façon générale, les syphilides tertiaires ordinaires de la peau (en dehors de leurs formes particulièrement graves, qui sont assez rares) sont des syphilides *froides*, qui, une fois qu'elles se sont produites, restent à peu près immobiles pendant longtemps ou, du moins, progressent lentement et sont le plus souvent facilement curables ; qui même guérissent quelquefois avec une rapidité étonnante sous l'influence d'un traitement approprié. On peut dire d'elles, à ce point de vue, qu'elles constituent en maintes circonstances un triomphe pour l'art médical, et triomphe d'ailleurs facile.

Tout autres sont, en général aussi, les syphilides tertiaires précoces.

Au lieu de rester immobiles, elles tendent à s'accroître en surface, à s'ulcérer en profondeur, à se compliquer, à détruire. Elles ont par excellence le génie ulcéreux, la forme extensive.

Non traitées, elles progressent fatalement, en même temps qu'elles se multiplient.

Traitées, elles subissent à coup sûr l'influence du traitement, mais en s'y montrant indociles, rebelles. On a peine à en venir à bout. Souvent il faut lutter longtemps ; enfin, pour un petit nombre de cas à la vérité, elles se montrent franchement réfractaires.

4° Caractère de malignité réelle.

Les syphilides tertiaires cutanées précoces revêtent fréquemment une malignité qui s'atteste de deux façons, à savoir :

A Par une modalité éruptive spéciale, qui n'est rien moins que la forme grangreneuse ;

B Par le phagédénisme ;

A Ces syphilides sont quelquefois gangréneuses, et gangréneuses d'emblée, c'est-à-dire que leur processus aboutit d'une façon initiale ou presque initiale à mortifier les téguments sur place, à convertir la peau en une véritable plaque de grangrène (ce que ne fait jamais ou presque jamais le tertiarisme des étapes avancées).

B D'autres fois, et plus souvent, elles deviennent phagédéniques, et, cela, également d'une façon prématurée, hâtive, presque initiale même en certains cas.

Or, le phagédénisme qui se produit alors est par excellence un mauvais, un redoutable phagédénisme.

Je préciserai en disant :

C'est un phagédénisme :

1° D'abord multiple d'ordinaire, à foyers plus ou moins nombreux ;

2° Aigu, rapide, précipité, qui détruit en quelques semaines des portions considérables de téguments ou d'organes ;

3° Qui non seulement s'étend en surface, est serpigineux, mais qui est extensif en profondeur, excavant, et qui devient de la sorte térébrant, mutilant ;

4° Enfin (et c'est ce qui en constitue surtout la gravité extrême) qui est bien moins docile au traitement que le phagédénisme tertiaire à proprement parler. Ce phagédénisme précoce, en effet, est loin d'obéir au mercure et à l'iodure de potassium comme le fait le phagédénisme des étapes avancées.

Jugez-en par l'exemple que voici :

Tous ces moulages sont des reproductions d'un phagédénisme précoce, d'un phagédénisme de la première année, qui s'est produit sur une de mes malades de Lourcine.

Cette jeune femme avait reçu la syphilis de son mari, au moment où elle allaitait son second enfant. — Et à ce propos laissez-moi vous dire que le mari, lui, ne présenta qu'une syphilis bénigne. Quelle réponse à ceux qui placent la gravité d'une syphilis dans la *graine* de cette syphilis ! —

Pour en revenir à cette jeune femme, elle fut prise, dès le quatrième mois de sa maladie, d'une éruption confluente

qui s'annonça d'abord sous la forme d'un ecthyma, c'est-à-dire de lésions pustulo-croûteuses. Puis, presque aussitôt, la plupart de ces lésions prirent une marche extensive et menaçante et quelques-unes devinrent phagédéniques.

Eh bien, en dépit d'une médication énergique, cette malade n'en aboutit pas moins, et cela en l'espace de quelques mois, à être affectée d'un des plus effroyables phagédénismes que j'aie observés dans ma vie.

Sur plusieurs points il se constitua des ulcères d'une énorme étendue; la face surtout fut éprouvée de la façon la plus cruelle; la lèvre supérieure se détruisit en partie; le nez fut absolument rongé; il n'en resta rien. Et ce fut, comme je vous le disais, l'affaire de quelques mois.

Sans doute, Messieurs, le phagédénisme tertiaire, le phagédénisme des âges avancés de la vérole peut bien en faire autant, vous le savez de reste par les nombreux exemples que vous en avez journellement ici sous les yeux. Mais il ne fait cela que rarement d'abord, alors qu'il est traité; et de plus, jamais il ne le fait à si brève échéance, en si peu de temps.

IV

Et ce n'est pas tout! Car il est une autre forme bien plus grave encore que peut réaliser le tertiarisme précoce.

Celle-ci, à la vérité, est plus que rare, rarissime. Mais enfin on la rencontre de temps à autre et je dois la mentionner. D'autant que c'est exclusivement une forme des périodes *jeunes*, tout à fait *jeunes*, de la vérole. J'en ai observé pour ma part 3 ou 4 cas dans ma vie.

Je désignerai cette forme sous le nom de *syphilis sidérante*.

Elle a pour caractère d'apparaître au seuil même de la vérole, dans ses premiers mois, voire quelquefois dans ses premières semaines. C'est en quelque sorte (pardon de l'expression qui n'est guère en situation) le lever de rideau de certaines syphilis particulièrement et effroyablement graves.

C'est par excellence aussi, pourrait-on dire, la forme pernicieuse de la syphilis.

En quelques mots voici la scène qui est très simple, mais aussi terrible que simple.

Début par une éruption formidable comme confluence de lésions papulo-ulcéreuses ou pustulo-croûteuses.

Puis, croissance rapide de toutes ces lésions qui s'étendent, se creusent et aboutissent à constituer une foule d'ulcérations excavées, larges, extensives, à tendance phagédénique. Si bien qu'une grande partie des téguments se trouve transformée après quelques semaines ou même quelques jours en des surfaces ulcérées, à suppuration profuse.

Puis, invasion de troubles généraux, dérivant, soit directement de la maladie, soit d'infection secondaire, ou ne sait encore, vraisemblablement de l'un et l'autre processus.

En tout cas, fièvre, et fièvre intense atteignant 39°, 40°, et s'élevant quelquefois au-delà.

Adynamie, prostration, pâleur toxique.

Anorexie, et anorexie véritablement toxique, elle aussi, — vomissements.

Diarrhée et diarrhée intense, incoercible, colliquative.

Très rapidement, épuisement de tout l'être, marasme, cachexie.

Et, sinon toujours, du moins le plus souvent, mort en quelques semaines.

De cela nous avons eu dans nos salles, en 1882, un exemple des plus navrants, dont voici le sommaire :

Une belle jeune fille de 19 ans, élevée dans sa famille, prend la syphilis. Naturellement elle cache sa faute et sa maladie et ne se traite pas.

On la reconnaît enfin malade, mais on méconnaît la nature de sa maladie.

Vers le quatrième mois, explosion d'une éruption ecthymateuse qui littéralement crible le corps, presque à la façon d'une variole. De ces lésions la plupart grandissent, s'ulcèrent largement. Si bien que lorsque cette jeune femme entre dans le service, son corps est envahi déjà par une des éruptions les plus confluentes et les plus horribles qu'il m'ait été donné de voir.

On la traite ici, mais vains efforts. Toutes les lésions s'accroissent. On varie la médication, on la varie encore, on fait tout ce que la thérapeutique rationnelle permet de faire; — peine perdue.

En quelques jours le corps de cette malheureuse n'est plus « qu'une plaie », et une plaie profondément ulcéreuse, fournissant une suppuration d'une incroyable abondance. Sans aucune exagération je puis dire qu'au moins la moitié (si ce n'est plus) de la surface tégumentaire était convertie en une nappe ulcéreuse. Des ulcérations, en effet, il y en avait partout.

Sur le cuir chevelu, où le crâne était presque dénudé, en plusieurs points;

Sur la face;

Sur le cou;

Sur le tronc; — rien que sur le thorax il y avait certes plus de 20 à 25 ulcérations, quelques-unes larges comme la main;

Sur les membres supérieurs et inférieurs; etc.

Dans les premiers temps, la malade conservait un état général assez bon, relativement, qui nous laissait quelque espérance. Elle mangeait surtout avec un appétit satisfaisant.

Mais bientôt cet appétit tomba, puis disparut. Le lait seul fut toléré.

Puis la fièvre arriva: la température monta jusqu'à 40°.

Enfin vous concevez le reste :

Affaiblissement, amaigrissement, épuisement, prostration, vomissements, diarrhée, marasme et mort, mort en pleine connaissance, sans la moindre altération des facultés mentales.

Et ce drame, messieurs, n'a pas duré plus d'un mois!

Au total, une jeune fille de 19 ans, bien portante, de constitution au moins moyenne, tuée par la syphilis en quatre à cinq mois et tuée par une évolution morbide qui n'a pas duré plus de quelques semaines, n'est-ce pas là de la syphilis galopante, de la syphilis sidérante au premier chef?

Et n'est-il pas prodigieusement étonnant de voir une maladie chronique par excellence, telle que la vérole, évoluer de cette façon suraiguë, ainsi qu'une véritable intoxication suraiguë, et déterminer la mort à si bref délai?

Eh bien, voilà ce que peut faire le tertiarisme précoce. Or, le tertiarisme usuel, des périodes avancées, ne fait pas cela. Ces formes aiguës, galopantes, sidérantes, ne sont pas dans son allure. C'est la vérole jeune, toute jeune, qui

seule réalise ces intoxications soudaines, rapides, pernicieuses, et le plus habituellement mortelles.

(*A suivre.*) Dr P. PORTALIER.

CRITIQUE CHIRURGICALE

I. — La pathogénie des hydronéphroses intermittentes.
II. — Les suppurations froides post-dothiénentériques.

Une intéressante discussion vient de s'élever à la Société de chirurgie sur la pathogénie de l'hydronéphrose intermittente, M. Jude Hüe (de Rouen) a guéri, par la ponction simple, un malade chez lequel il n'a pu découvrir la cause de l'affection ; mais l'existence, chez cet homme, de lésions tuberculeuses anciennes, le porte à penser qu'il faut attribuer le mal dont il souffrait à une oblitération partielle de l'uretère, d'origine bacillaire. C'est sur ce terrain de la pathogénie des hydronéphroses que s'est engagée la bataille.

M. Bazy en tient pour l'oblitération complète ; M. Reynier pour l'oblitération partielle. « J'ai fait, dit M. Bazy, de nombreuses expériences sur les animaux ; j'ai fermé hermétiquement l'uretère et l'hydronéphrose s'est développée. » — « Mais, répond M. Reynier, Claude Bernard a démontré qu'une glande s'atrophie et ne sécrète plus quand son canal excréteur est oblitéré. » — « Il n'en est, en tous cas, pas ainsi pour le rein, réplique M. Bazy, et un mois après la ligature de l'uretère, certains de mes lapins avaient une glande encore capable de sécrétion. »

M. Reynier appuie son dire sur les expériences d'Albarran et de Legueu, M. Bazy sur les siennes. Il faut convenir que cela rend les choses difficiles à juger. Les résultats signalés par chacun des trois physiologistes, fort au courant les uns et les autres des difficultés opératoires de la chirurgie urinaire, ne sauraient être mis en doute ; c'est donc qu'ils ont expérimenté d'une façon différente, et comme, au résumé, leurs conclusions sont absolument contradictoires, il faut bien qu'il y ait erreur de quelque côté.

M. Reynier, il faut bien le dire, a pour lui deux choses : 1° les expériences anciennes ; 2° les expériences récentes. Il y a longtemps, comme chacun sait, qu'on a recherché expérimentalement comment les lésions rénales réagissent sur le cœur ; pour déterminer ces lésions rénales, on a dû pratiquer la ligature de l'uretère. Si mes souvenirs sont précis, le professeur Straus, dans un mémoire de 1882, et Artaud, dans un travail de 1883, ont signalé l'atrophie rapide du rein et l'hypertrophie consécutive du ventricule gauche après l'oblitération de l'uretère. Voilà pour les expériences anciennes.

D'autre part, à côté des observations récentes d'Albarran et de Legueu se placent celles de Tuffier, très nombreuses et, semble-t-il, très concluantes. Depuis plusieurs années, Tuffier a poursuivi très patiemment et très heureusement des expériences de « décrochement » et de mobilisation du rein ; il est arrivé ainsi à déterminer des courbures, puis des coudures uretérales et à établir de véritables hydronéphroses ouvertes, capables de se vider spontanément dans des conditions et sous des influences déterminées par lui. Ainsi « la simple mobilisation d'un rein bien conformé, indépendamment de toute malformation antécédente, suffit donc pour provoquer une hydronéphrose due à la simple courbure uretérale ». Et cette coudure, il l'a, d'ailleurs, observée chez plusieurs malades. Au reste, M. Bazy qui n'en nie point la possibilité, dit seulement n'avoir pas été à même de la constater en clinique. En fait, il paraît donc que la théorie défendue par M. Reynier s'appuie sur des faits très nombreux et très bien étudiés ; c'est, au reste, celle qu'ont acceptée MM. Terrier et Baudoin dans leur mémoire.

II

L'histoire des suppurations consécutives à la fièvre typhoïde vient de s'enrichir, tout récemment, d'un mémoire très documenté de MM. Chantemesse et Widal et d'une observation très bien étudiée de MM. Gilbert et Girode. C'est, au reste, de chirurgie qu'il s'agit. MM. Chantemesse et Widal ont montré qu'au déclin de la fièvre typhoïde des suppurations froides véritablement spécifiques, occasionnées par le bacille d'Eberth, pouvaient s'installer à une profondeur variable dans les différents os de l'économie, dans le tibia en particulier, et nécessiter l'intervention chirurgicale. MM. Gilbert et Girode, qui avaient déjà signalé l'infection ascendante des voies biliaires par le bacille typhique, ont poursuivi leurs études sur une malade qui, quelques mois après la convalescence d'une fièvre typhoïde, fut atteinte d'une cholécystite purulente et dans le liquide de laquelle ils ont rencontré, après cholécystectomie, le bacille d'Eberth.

On savait déjà qu'après la dothiénentérie il peut se produire des suppurations banales ou des suppurations spécifiques ; mais le gros intérêt des deux communications faites presque simultanément par MM. Chantemesse et Widal et Gilbert et Girode, à la Société médicale des hôpitaux et à la Société de biologie, réside dans ce fait, ignoré jusqu'à ce jour, que le bacille typhique peut vivre longtemps dans l'économie, y coloniser en pleine activité plusieurs mois après la guérison et évoluer malgré cela lentement, sans réaction générale marquée, à la façon d'un véritable abcès froid. Ces dernières années, la liste des microorganismes capables de produire l'ostéomyélite aiguë s'était fortement accrue; il est même vraisemblable qu'elle n'est point encore terminée ; c'est maintenant le tour des suppurations chroniques des os, et désormais voilà que le devoir s'impose au chirurgien, en présence d'un abcès ostéopathique, d'ajouter, en attendant sans doute autre chose, la fièvre typhoïde à la tuberculose et à la syphilis qui semblaient jusqu'ici avoir seules droit aux honneurs du diagnostic différentiel.

PIERRE SEBILEAU.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

AMYGDALOTOMIE.

L'ablation des amygdales est une opération d'ordinaire facile et à la portée de tout praticien; mais pour l'exécuter convenablement et sans ennuis, il est nécessaire de bien connaître quelles en sont les règles opératoires, et s'astreindre à quelques précautions indispensables. On s'abstiendra donc, à moins d'urgence, d'enlever les tonsilles, siège d'une inflammation notable, on attendra l'apaisement.

On évitera soigneusement l'opération en temps de diphtérie ou d'angines tant soit peu suspectes ; on différerait également, si l'on constatait dans la gorge des accidents spécifiques.

On ne négligera pas non plus les renseignements, utiles, sur les prédispositions hémophiliques du sujet. Après examen de l'arrière-gorge par le toucher, on fera bien, en outre, de prévenir les parents qu'une opération ultérieure, l'ablation de végétations adénoïdes, assurera le succès de celle qu'on va entreprendre ; enfin, on évitera d'opérer par amygdalotomie ces tonsilles volumineuses, mais enchâssées dans leur loge musculaire, et non énucléables ; l'intervention, outre les difficultés qu'elle présenterait, ne serait pas sans dangers pour les régions voisines.

L'instrument employé couramment est l'amygdalotome perfectionné de Fahnestock, au maniement duquel il est facile de s'exercer très rapidement.

Les amygdales à enlever sont de dimensions fort variables suivant les âges et les sujets ; il en est de petites, de moyennes, de volumineuses ; aussi l'opérateur devra-t-il toujours être muni d'instruments à lunettes de dimensions diverses, de façon à ne pas être embarrassé au dernier moment, et à voir manquer son opération pour une chose de si médiocre importance en soi ; si la lunette est trop petite, on ne peut saisir et piquer convenablement l'amygdale ; on n'en retire qu'une portion trop minime ; si elle est trop grande, au contraire, impossible de fixer et de piquer convenablement ; l'amygdale tourne et échappe sans laisser de prise.

L'éclairage est un deuxième point de grande utilité, lui aussi ; on placera son patient en face d'une fenêtre bien éclairée ; le cou absolument dégagé, ce qui a pour but de s'opposer à la congestion encéphalique si fâcheuse en cas d'accidents hémorrhagiques. L'enfant aura ses membres et son corps tout entier emprisonnés par un long drap, et sera en même temps maintenu par un aide qui le tiendra assis entre ses genoux.

Une deuxième personne fixera la tête absolument immobile, en laissant libre le jeu des mâchoires ; face à l'opérateur, elle sera directement derrière l'enfant ; on s'abstiendra, autant que possible, de prendre des parents pour aides dans ces circonstances.

L'adulte aura seulement la tête bien maintenue. La cocaïnisation est vraiment d'ordinaire chose superflue ; cependant un large badigeonnage de la région quelques minutes avant l'intervention, calmera les appréhensions des personnes nerveuses, et diminuera l'irritabilité excessive au contact de certaines gorges. L'opérateur, après avoir passé ses instruments à l'eau bouillante pendant quelques secondes, abaisse la langue laissée derrière les arcades dentaires, à l'aide d'un abaisse-langue assez large, avec manche coudé à angle droit, ce qui permet d'abaisser fortement, sans se gêner soi-même.

Tenant alors solidement son instrument, dont le bon fonctionnement vient d'être vérifié, il l'introduit de champ dans la gorge, bien vertical, le rapproche alors des parties latérales, et coiffe en quelque sorte son amygdale ; il a soin, ce faisant, d'appuyer un peu fortement en arrière, l'amygdale tendant à fuir de ce côté, et en même temps énergiquement dans le sens latéral pour que l'amygdale s'engage le plus complètement possible ; enfin, il doit toujours terminer ce temps de l'engagement en portant un peu en dehors l'extrémité inférieure de son anneau, de façon à ne pas laisser échapper comme il arrive trop souvent, sans ce léger mouvement de rotation en dehors, l'extrémité inférieure, plongeante, de la tonsille.

Ce temps, quoique rapide, demande à être accompli bien complètement, et c'est seulement l'amygdale une fois bien chargée, saillante dans l'anneau, que le pouce enfonce à fond, hardiment, dans le tissu amygdalien, la tige portant les deux piques ou hameçons ; la glande est alors absolument fixée, et aussi bien dégagée que possible, il ne reste plus qu'à la sectionner. On retire donc à soi d'un coup bien sec la lame tranchante, et l'amygdale se trouve ainsi coupée net au ras de l'anneau qui l'emprisonnait, sans que les parties voisines aient souffert le moins du monde. A ce mouvement de retrait de la lame, s'ajoute toujours un mouvement de torsion imprimé à tout l'instrument ; en même temps qu'on coupe, on tord, sans violences, de dehors en dedans et de bas en haut, comme si l'on voulait en quelque sorte en porter l'extrémité inférieure vers la pointe de la luette ; ce mouvement est absolument indispensable pour sectionner convenablement.

Le plus souvent on opère de suite et de même la deuxième amygdale à moins que l'abondance extrême de l'hémorrhagie ; l'indocilité absolue du sujet n'obligent à remettre cette deuxième intervention à une date ultérieure.

Si l'on est bien décidé et préparé à enlever coup sur coup les deux tonsilles, ce qui est d'ordinaire préférable, il sera bon, à moins d'une certaine habitude, d'enlever d'abord l'amygdale droite, et de la main gauche ou droite, cela importe peu ; c'est toujours là le plus difficile ; on se débarrassera plus facilement ensuite de la gauche.

Les tranches amygdaliennes sont alors vérifiées ; et en cas d'insuffisance de l'incision, il est bon de remettre à un peu plus tard une seconde opération, plutôt que de s'acharner, souvent à l'aveugle, dans une région masquée par le sang, gêné que l'on est aussi par les contractions et les efforts de déglutition du patient. On fait immédiatement laver la gorge, et gargariser le patient à l'eau froide, ou mieux on fera sucer et avaler de petits fragments de glace jusqu'à arrêt complet de l'hémorrhagie ; on fera toujours rester son malade près de soi pendant une demi-heure au moins après opération ; si l'hémorrhagie persistait, abondante malgré tout, on tamponnerait directement avec le doigt la surface cruentée ; au besoin on aurait recours au thermo-cautère porté au rouge sombre ; ou l'on placerait une pince sur une déchirure des piliers, si on l'apercevait.

Enfin, l'opéré gardera la chambre pendant quelques jours, se gargarisera fréquemment avec des liquides antiseptiques, et n'avalera pendant un jour ou deux que des aliments liquides ; glacés même, s'il persistait un suintement hémorrhagique.

Ces quelques précautions consécutives ont une importance considérable, car elles assurent une guérison rapide et parent à des accidents parfois fort graves ; mais bien rares pour celui qui a retenu leur importance.

Ripault.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

EN PRESENCE D'UN CHANCRE, QUAND FAUT-IL COMMENCER LE TRAITEMENT SPÉCIFIQUE?

La syphilis à son debut devra être traitée le plus tôt possible, mais seulement lorsque le diagnostic sera certain.

Cette conduite est basée sur les deux considérations suivantes :

1° La gravité de la syphilis est souvent en rapport avec l'absence de traitement dans les premiers mois qui suivent l'apparition du chancre ;

2° La conviction absolue de l'exactitude du diagnostic est indispensable au médecin, car le traitement une fois institué doit durer plusieurs années; or, souvent il supprime toute espèce de manifestation spécifique qui puisse encourager dans la voie suivie. Aussi est-ce bien dans cette conviction même que le médecin puisera la force nécessaire pour imposer jusqu'au bout au malade, la régularité du traitement.

Je m'explique : un malade se présente avec une érosion à la rainure du gland. Cette érosion paraît tout d'abord de diagnostic facile. C'est un chancre syphilitique, dites-vous, et vous instituez le traitement. Remarquez que ce traitement est souvent méthodique, systématique, que sa valeur réside dans sa régularité.

Qu'arrivera-t-il? Au bout de quelques mois, le malade ne voyant rien paraître, vous posera la question suivante : « Mais, docteur, êtes-vous bien sûr que j'ai attrapé la syphilis? car enfin il n'est guère possible qu'une telle maladie qui menace, je le sais bien, mon mariage, mes enfants, mon avenir, me laisse à ce point tranquille!... » Et faisant un retour sur vous-même, vous vous rappellerez qu'en somme votre diagnostic avait été un peu hâtif. Vous aviez constaté il est vrai, une érosion unique avec induration et un certain degré de développement ganglionnaire inguinal. Enfin le malade accusait un rapport suspect. Mais n'y a-t-il pas par exemple des faits d'herpès solitaire absolument chancriforme? L'induration ne pouvait-elle être simulée par l'inflammation de l'herpès? La pléiade était-elle bien nette et certains sujets ne présentent-ils pas sans raison apparente un développement ganglionnaire anormal? La femme incriminée était-elle vraiment malade? car enfin il n'y avait pas eu de constatation médicale.

Vous regretterez alors de n'avoir pas attendu l'apparition de la roséole ou de quelqu'autre signe pathognomonique. Des doutes vous viendront; et il ne vous restera plus que deux alternatives : ou bien vous interromprez le traitement qui dès lors perdra de sa valeur, ou bien vous serez troublé dans votre conscience par la prolongation d'un tel traitement.

Est-ce à dire qu'il faille dans tous les cas attendre la roséole ou quelqu'autre signe cutané de la période secondaire? Non certes. Supposons que le malade affirme n'avoir eu depuis quatre mois de rapports qu'avec une seule femme, que ses premiers rapports remontent à quarante ou cinquante jours, que l'on constate chez cette femme des syphilides vulvaires, que la lésion de la verge soit superficielle, simplement érosive, qu'elle soit unique et indurée : mais dans ce cas le diagnostic est certain, et il sera parfaitement inutile d'attendre.

Voici donc la conduite à tenir :

1° S'efforcer d'établir le diagnostic sur des *bases irréfutables*;

2° *Se hâter* d'y parvenir par des enquêtes soigneuses et fréquentes;

3° Aussitôt la conviction faite, instituer le traitement, *de suite, sans plus attendre*

Ce traitement, quel est-il? C'est ce que je me propose d'exposer ici dans une série d'articles.

LOUIS WICKHAM.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance publique annuelle du 12 décembre 1893. — Présidence de M. LABOULBÈNE.

M. CADET DE GASSICOURT, secrétaire annuel, donne lecture de son rapport général sur les prix décernés en 1893. (*Voir aux nouvelles.*)

M. LE PRÉSIDENT fait connaître les prix proposés pour les années 1894, 1895 et 1896.

M. ALPHONSE GUÉRIN prononce l'éloge d'Ulysse Trélat.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 4 décembre 1893. — PRÉSIDENCE DE M. LACAZE-DUTHIERS.

Parasites dans le cancer.

M. G. NEPVEU (de Marseille). — La question de l'origine du cancer est loin d'être résolue. Est-il dû à un trouble trophique ou à une lésion parasitaire? Le nombre de fins éléments qu'on aperçoit dans le cancer autorise à croire que le travail karyokinétique qui se produit dans ces circonstances ne peut seul expliquer leur présence, ni celle de certaines formations cellulaires anormales. Tout d'abord on y observe des bactéries.

En outre on constate la présence de *spores* réunies en masse dans des cellules dites sporifères. Ces spores sont en liberté dans des espaces plasmatiques, en se développant elles prennent une forme épithélioïde. Les spores et les cellules sporoïdes pénètrent dans des cellules amiboides, nombreuses à la périphérie des tumeurs. Elles pénètrent aussi dans les cellules en voie de karyokinèse dont elles infectent les produits, et enfin dans les noyaux des cellules épithéliales. De là elles tombent dans la cavité cellulaire, y compriment et atrophient le noyau.

Ces cellules d origine sporique ont un cachet particulier : *a* intra-cellulaires, elles présentent ou plusieurs noyaux ou plusieurs nucléoles, parfois des stries sur le pourtour de la cellule, autour du nucléole, parfois une espèce de coma central; quelquefois aussi des spores sont montées sur une tige à la façon de notes musicales ; *b* libres, elles sont souvent extrêmement petites, atrophiées.

A coté de ces formations, il faut citer : des cellules kystiques fixées aux parois lymphatiques, avec quatre cellules intérieures et plus ; des cellules épithélioïdes très petites à l'intérieur d'autres cellules épithéliales bien développées ; des cellules épithélioïdes très développées à noyau divisé en quatre (tétragénie); de petites cellules se colorant très vivement à la fuschine phénolée et se transforment en cellules amiboïdes, avec huit à dix petits noyaux.

Tout cet ensemble dénote un travail particulier qui diffère essentiellement de la karyokinèse dans ses traits les mieux établis et se rapproche de l'évolution des sporozoaires.

Je crois devoir faire remarquer que de nombreux facteurs doivent entrer en ligne de compte dans la pathogénie du cancer :

troubles karyokinétiques des cellules, lésions nerveuses, lésions des capillaires sanguins et lymphatiques, tous très importants.

M. Léo Vignon étudie la stabilité et la conservation des solutions étendues de sublimé.

MM. Balland et Masson présentent une note sur la stérilisation du pain et du biscuit sortant du four.

M. Vanlair donne le résultat d'expériences qu'il a faites sur les données chronométriques relatives à la génération des nerfs.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 9 décembre. — Présidence de M. Chauveau.

Borax dans les maladies nerveuses.

M. Féré. — J'emploie depuis longtemps le borate de soude, sans grand succès d'ailleurs, dans le traitement de l'épilepsie. Mais j'ai observé des accidents cutanés qui méritent d'attirer l'attention, ce sont des éruptions d'eczéma séborrhéique, avec envahissement de la tête et alopécie temporaire. Cette éruption a des foyers de prédilection, une topographie spéciale et une marche, déjà étudiés par Arnozan.

Emploi de la pneumo-bacciline comme réactif de la morve

M. Arloing. — J'ai fait des expériences avec la pneumo-bacciline pour voir s'il était possible d'obtenir les mêmes résultats qu'avec la malléine, comme réactif de la morve. J'ai pu constater une réaction nette chez les chevaux simplement suspects. Les tumeurs cutanées morveuses au point d'injection ont été moins prononcées qu'avec la malléine.

Cécité corticale diagnostiquée pendant la vie et confirmée à l'autopsie.

MM. Dejerine et Vialet. — L'observation que nous communiquons à la Société, réalise le type le plus complet de la cécité corticale.

Il s'agit d'un vieillard de 64 ans, de l'hospice de Bicêtre et suivi par l'un de nous pendant quatre ans. Cet homme était devenu subitement aveugle. L'examen du fond de l'œil prouva qu'il était normal, la réaction pupillaire était conservée, les milieux transparents intacts. On porta le diagnostic de cécité corticale par double lésion du centre cérébral de la vision, le diagnostic fut maintenu de 1889 à 1893. Le malade mourut cette année de pneumonie. A l'autopsie on constata un double ramollissement cortical ancien de la face interne des lobes occipitaux avec dégénérescence secondaire du bourrelet du corps calleux.

Dans l'hémisphère droit, la lésion occupe le cunéus et les lobes lingual et fusiforme, c'est-à-dire toute l'étendue du centre cortical de la vision, tel que nous l'avons établi récemment. Dans l'hémisphère gauche, la lésion corticale porte surtout sur le centre de la face interne du lobe occipital et atteint son maximum au niveau du lobe lingual. Des deux côtés la scissure calcarine est altérée.

Tremblement dans l'asphyxie.

M. Hallopeau, a observé une trémulation convulsive des membres survenue sous l'influence de l'asphyxie d'origine oxycarbonique et remarquable en ce sens qu'elle se manifestait exclusivement à la fin des mouvements respiratoires dont elle reproduisait exactement le rythme. C'était seulement pendant ce temps de la respiration que l'insuffisance de l'hématose atteignait le degré nécessaire pour que l'excitation des circonvolutions motrices eût lieu.

Gastrite phlegmoneuse expérimentale.

M. Pillier. — J'ai employé différents caustiques que j'ai fait ingérer à divers animaux dans le but de provoquer une gastrite phlegmoneuse. Le résultat obtenu était des eschares, seul le chlorure de zinc, en solution au dixième, a produit cette gastrite. Mais l'infiltration était plutôt fibrino-hémorrhagique que purulente, et je n'ai pas trouvé de microbes dans les tissus infiltrés.

MM. Bertrand et Phisalix présentent une note sur la toxicité comparée du sang et du venin de la vipère.

MM. Regnault et Azoulay étudient les variations dans la forme des dents suivant les races humaines.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 8 décembre 1893. — Présidence de M. Fernet.

Cancer et adénopathie sus-claviculaire.

M. Comby. — Au commencement de cette année, j'ai pu faire, en me fondant sur la présence d'une adénopathie sus-claviculaire, le diagnostic de pleurésie cancéreuse, bien que je n'aie pu faire la vérification anatomique de ce diagnostic.

Il s'agissait d'une femme de 57 ans, entrée à Tenon pour une pleurésie droite, présentant de la dyspnée, de l'amaigrissement, etc. La ponction donna issue à une certaine quantité de liquide hémorrhagique.

L'observation que je rapporte confirme donc les assertions de M. Troisier. Comme lui, je crois que lorsqu'on trouve un ganglion sus-claviculaire coïncidant avec état cachectique, on doit songer à un cancer viscéral. J'ai cherché le ganglion chez d'autres cachectiques, chez des tuberculeux, je ne l'ai presque jamais rencontré.

M. F. Widal. — Chez un homme de 60 ans, atteint de cancer de l'estomac douteux, j'ai recherché pendant la vie, sans le trouver, le ganglion décrit par M. Troisier. J'ai pu constater, à l'autopsie, au niveau du pylore, un gros champignon cancéreux, encéphaloïde. Ni dans le foie, ni dans aucun viscère, je n'ai retrouvé le moindre noyau secondaire. La surface du diaphragme et de la plèvre ne présentait aucune trace de lymphangite cancéreuse, mais la dissection des deux régions sus-claviculaires, montra derrière le sterno-mastoïdien gauche, un petit ganglion dur, non adhérent, ramolli à son centre. Autre ganglion dans la région axillaire gauche.

Ce fait confirme une fois de plus que le cancer de l'estomac peut faire naître, à distance, un ganglion cancéreux sus-claviculaire sans que l'on puisse suivre la voie de propagation de l'infection.

Arthrite scarlatineuse précoce.

M. Le Gendre a observé un cas d'arthropathie scarlatineuse remarquable par le précocité de l'apparition des manifestations articulaires.

Il s'agit d'une jeune fille de 14 ans qui, dès le lendemain du début de sa scarlatine, fut prise de douleurs articulaires vives qui disparurent assez rapidement pour reparaître au cours de la convalescence. Il est difficile, dans ce cas, de songer à l'influence des infections secondaires par le streptocoque.

En ce qui a trait aux arthropathies noueuses avec lésions des os persistant après la scarlatine, j'ai pensé qu'il n'était pas impossible que le rhumatisme noueux puisse être l'expression personnelle de certains organismes infectieux, soit que ces organismes se localisent d'eux-mêmes sur les articulations, soit plutôt que les lésions ostéo-articulaires soient actionnées par une trophopathie nerveuse.

Traitement de la variole par l'obscurité.

M. Juhel-Rénoy. — Certains médecins anglais, Black le premier, ont recommandé comme traitement de la variole, le séjour du malade dans l'obscurité, de cette façon la nocivité des rayons lumineux était supprimée. J'ai fait des recherches à ce sujet, j'ai pu constater que la suppuration.....

Du rein mobile chez la femme.

M. Mathieu. — J'ai constaté le rein mobile une fois sur quatre environ chez les malades d'hôpital. La néphroptose est plus rare au-dessous de vingt ans.

Comme causes, j'ai noté surtout la grossesse, la dyspepsie à forme surtout d'atonie gastro-intestinale. Cette dernière joue un grand rôle dans le rein mobile. La neurasthénie s'y adjoint parfois.

On traitera les accidents par l'immobilisation du rein, dans le décubitus horizontal, à l'aide de ceinture abdominale ; il est des cas où l'intervention chirurgicale s'impose.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 13 décembre 1893. — Présidence de M. Périer.

M. Michaux détaille les observations des deux malades qu'il a présentées à la dernière séance de la Société. La seconde, la plus intéressante a trait à un homme de 27 ans, ancien cavalier, qui, le 5 août 1893, se présenta dans le service de M. Michaux, porteur d'une tumeur à la partie supérieure et interne de la cuisse. Elle était apparue depuis deux mois à la suite d'engourdissement, de fatigue, surtout marqués à la fin de la journée. En examinant cette tumeur, on voit qu'elle siégeait à la partie moyenne du moyen adducteur; du volume d'un œuf de poule, elle était indolente, irréductible mate, plutôt molle, mal limitée supérieurement, durcissant dans l'adduction des membres inférieurs. Le diagnostic de hernie crurale, pectinéale, obturatrice, fut écarté, et se basant sur les travaux de M. Farabeuf, M. Michaux pensa à une hernie musculaire.

Le malade est opéré le 16 août; après l'incision des plans superficiels, apparaît une boutonnière aponévrotique à travers laquelle fait hernie une masse musculaire de 7 à 8 centim. de longueur sur 2 de large. Cette masse est sectionnée, il reste donc une gouttière musculaire dont les deux lèvres sont suturées, puis les deux bords de l'aponévrose sont rapprochés. Les résultats opératoires furent excellents, au point de vue fonctionnel le résultat fut parfait.

M. Michaux étudie la hernie musculaire en général, elle a une évolution insidieuse, à début lent, sans douleur brusque, sans ecchymose. Elle se différencie de la rupture musculaire dont le début est brusque, caractérisé par une douleur vive. Le traitement chirurgical amènera un soulagement considérable, la guérison ; mais, au point de vue esthétique, on doit faire des réserves, car des récidives légères peuvent apparaître.

M. Delorme pense que, dans le cas de M. Michaux, il s'agissait non d'une hernie, mais d'une rupture musculaire. Il rapporte le fait suivant :

Il y a huit mois, un soldat sautant sur la croupe de son cheval ressentit une douleur vive à la face interne des deux cuisses, surtout à gauche. Aucune tuméfaction, aucune ecchymose, pas d'impotence fonctionnelle. Mais, deux mois après, par hasard, le malade constate sur le trajet du moyen adducteur la présence d'une tumeur globuleuse, longue de 4 ou 8 centim. mobile transversalement, rénitente, pâteuse, tendue et durcissant par l'abduction et, quand on s'oppose au mouvement d'adduction, la masse était irréductible, douloureuse à la pression, absence d'anneau aponévrotique à la palpation.

M. Delorme rejette le diagnostic de hernie et de rupture musculaire et il pense à une fausse hernie. L'opération est décidée et pratiquée, on constate, contrairement au cas de M. Michaux, que l'aponévrose était saine et n'offrait ni éraillures, ni solution de continuité. Le muscle est incisé jusqu'à insertions et on tombe sur des masses dures, irrégulières, sur des dépôts hématiques, fibreux, consécutifs à une rupture partielle et profonde du muscle. En somme, ni épanchement intra-musculaire, ni dissociation de l'aponévrose, ni myosite : c'était donc ces productions profondes qui repoussaient le muscle et le rejetaient en dehors. M. Delorme pense donc que ces masses concrétées produisaient cette tuméfaction musculaire, mais qu'il s'y ajoutait, en outre, une sorte de contracture de crampe de la masse musculaire. Suites opératoires excellentes, mais récidive.

Au point de vue du traitement, M. Delorme condamne, en pareil cas, l'excision partielle telle que la fit M. Michaux, la suture de l'aponévrose, l'ablation de la masse saillante.

La suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

M. Guinard lit une observation qui a trait à une hémorrhagie dans la cavité péritonéale consécutive à la blessure du rectum par l'introduction d'une bougie stéarique.

M. Quénu présente des pièces provenant de liquide d'hématocèle, dans lequel on a fait des cultures de streptocoques.

M. Bazy présente un calcul enlevé du rein par la néphrolithotomie.

Présentation de malades par M. Delorme.

Election d'un membre titulaire de la Société de chirurgie.

En première ligne, M. Chaput.

En seconde ligne, et par ordre alphabétique, MM. Broca, Poirier, Ricard et Walther.

M. Chaput	a obtenu	29 voix
M. Walther	—	2 —
M. Broca	—	1 —

REVUE DES JOURNAUX

PATHOLOGIE PULMONAIRE

De la pneumonie au point de vue épidémiologique, par M. Kelsch. (*Revue d'Hygiène et de Police sanitaire*, n° 10 et 11, 1893.)

Ce substantiel mémoire extrait d'un livre actuellement en préparation sur les « maladies épidémiques » nous fait voir la pneumonie sous un jour nouveau. Son étiologie est loin d'avoir la simplicité que lui attribuait l'ancien médecin.

Par la régularité de son évolution annuelle, par ses recrudescences hiverno-estivales si constantes, par la relation intime que l'observation révèle chaque jour entre sa brusque éclosion et le refroidissement préalable du corps, elle témoigne de son étroite subordination aux météores.

Mais les atteintes si fréquentes des individus ou des agglomérations sédentaires, vivant à l'abri des perturbations atmosphériques, les épidémies partielles limitées à des groupes restreints de la population, font connaître que les influences météorologiques, si puissantes qu'elles soient, n'ont pas une valeur pathogénique absolue, elles ne sauraient être considérées comme la cause suffisante de la pneumonie.

D'autre part, l'examen de ces épidémies renfermées dans les étroites limites d'un hameau, d'une rue, d'une maison, d'une prison, a mis en évidence deux facteurs moins en vue jusqu'alors que les météores dans l'histoire de cette affection, bien qu'ils soient doués d'une incontestable puissance : ce sont la souillure du sol ou des habitations et le méphitisme de l'encombrement. Sur ce terrain, l'étiologie de la pneumonie se confond avec celle de la fièvre typhoïde, les deux affections peuvent naître d'un foyer générateur commun; il y a longtemps que l'épidémiologie a enregistré la coexistence de leur règne épidémique.

Ensuite, l'histoire de la pneumonie qui sévit au sein des armées abattues par la défaite, notamment, au milieu des prisonniers de guerre, a fait valoir le concours que les facteurs individuels apportent au développement de cette affection. Si le surmenage est un des moteurs pathogènes les plus puissants de la fièvre typhoïde, la misère physiologique est éminemment apte à susciter la pneumonie et surtout à lui imprimer un haut degré de gravité.

Enfin, si les épidémies ont dénoncé plus spécialement le rôle néfaste de l'infection du sol et des habitations dans leur développement, les cas sporadiques ont fait ressortir plutôt

l'influence pathogénique exercée par l'âge, le tempérament morbide, la profession, le refroidissement, le traumatisme, toutes circonstances qui sont aptes à faire naître la pneumonie dans tous les temps et dans tous les lieux.

Mais aucun de ces facteurs n'a ni la constance ni la suffisance nécessaires pour pouvoir être érigé en cause efficiente; ils se renforcent mutuellement, on suppléent leur insuffisance respective, sans pouvoir jamais créer de toutes pièces la pneumonie, soit par leur action isolée, soit par leur action combinée.

Celle-ci est redevable aux météores de ses recrudescences saisonnières, au méphitisme du sol et des habitations, de son expansion épidémique, au familisme de sa gravité et de sa forte léthalité, enfin à des facteurs purement accidentels ou individuels de ses manifestations sporadiques. Mais sa cause prochaine réside évidemment dans un agent d'ordre spécial qui ne se rencontre qu'éventuellement ou temporairement dans les groupes ou chez les individus.

La spécificité de cet agent est démontré par l'aptitude de la pneumonie à se transmettre par la contagion, dont l'épidémiologie a accumulé des témoignages si précis bien avant les révélations de la bactériologie.

Mais on doit à cette dernière la découverte du microbe pathogène de cette affection, et, notion des plus suggestives, celle de son habitude de prédilection. La présence du pneumocoque dans la bouche d'un grand nombre d'individus, son aptitude à perdre et à récupérer temporairement la virulence, sa dissémination dans les milieux ambiants par les crachats des pneumoniques, sont des données d'une importance extrême. Théoriquement, elles nous permettent de comprendre la genèse spontanée de la pneumonie, c'est-à-dire son éclosion sans fait similaire antérieur auquel elle puisse être rattachée, et par la seule action des causes secondes mises en relief par l'épidémiologie. Pratiquement, elles donnent la clef d'une prophylaxie véritablement rationnelle et efficace de cette maladie : la stérilisation rigoureuse des produits de l'expectoration du pneumonique s'oppose à l'extension de cette dernière par la contagion, et l'antisepsie de la bouche, pratiquée d'une manière suivie chez tout individu, notamment chez ceux qui hébergent normalement le pneumocoque, est apte à supprimer, ou du moins à atténuer les dangers de l'auto-infection. C. A.

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

Académie de médecine de Paris.

Séance du 12 décembre 1893. — Présidence de M. LABOULBÈNE.

SÉANCE PUBLIQUE ANNUELLE ET DISTRIBUTION DES PRIX POUR L'ANNÉE 1893.

Hier a eu lieu à l'Académie de médecine la séance publique annuelle et la distribution des prix pour l'année 1893.

M. Cadet de Gassicourt, secrétaire annuel a d'abord lu le rapport général sur les prix décernés en 1893 et l'énumération des prix proposés pour les années 1894, 1895 et 1896. M. Alphonse Guérin a lu ensuite l'éloge de Trélat.

Voici la liste des prix :

PRIX DE L'ANNÉE 1893

PRIX DE L'ACADÉMIE. — 1000 fr. (1)

Question : *Des origines et des modes de transmission des cancers.*

(1) Les prix dont le chiffre n'est suivi d'aucune mention sont des prix annuels.

Un prix de 700 francs à M. Maurice Cazin (Paris), chef de laboratoire à la Faculté de médecine de Paris.

Encouragements de 150 francs à M. Jean Fabre (Lyon) et à M. G. Rappin (Nantes).

Mention honorable à M. Arnaudet (Cormeilles Eure).

PRIX ALVARENGA DE PIAUHY (Brésil). — 800 fr.

400 francs à M. Vaudin, pharmacien à Fécamp; 400 francs à M. Sebileau (Paris).

Mentions honorables :

1° MM. Drien, médecin-major au 17e régiment de chass.; 2° M. Laffitte (Paris); 3° M. Azoulay (Paris).

PRIX D'ARGENTEUIL. — 6800 fr. (Sexennal),

Décerné à l'auteur du perfectionnement le plus notable apporté aux moyens curatifs des rétrécissements du canal de l'urètre, ou à l'auteur du meilleur travail sur le traitement des voies urinaires.

L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde les récompenses suivantes : 1° 3000 francs à M. Desnos (Paris); 2° 1500 fr. à M. Nogués (Paris); 3° 1500 francs à M. Collin, fabricant d'instruments de chirurgie (Paris); 4° 800 francs à M. Genouville, interne des hôpitaux (Paris).

PRIX BARBIER. — 2500 fr.

A celui qui aura découvert des moyens complets de guérison pour les maladies reconnues incurables, comme la rage, le cancer, etc.

L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde à titre d'encouragement : 1° 1000 francs à MM. Thoinet et Dublef (Paris); 2° 750 francs à M. Galliard (Paris); 3° 850 francs à MM. Lesage et Thiercelin (Paris).

PRIX HENRI BUIGNET. — 1500 fr.

A l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, sur les applications de la physique ou de la chimie aux sciences médicales.

A. M. Hanriot, prof. agr à la Fac. de méd. de Paris.

PRIX CAPURON. — 1200 fr.

Question : *De l'influence des maladies de la mère sur le fœtus et réciproquement de l'influence des maladies du fœtus sur l'état de santé de la mère.*

Il n'y a pas lieu de décerner le prix.

PRIX CIVRIEUX. — 800 francs.

Question : *Des troubles de l'intelligence dans la fièvre typhoïde.*

L'Académie partage le prix entre :

1° M. Honoré Bidon (Marseille); 2° M. Calixte Rougé (Limoux, Aude).

Mention honorable à M. Vincent Pagliano (Marseille).

PRIX DAUDET. — 1000 francs.

Question : *Des parotidites.*

1° Un prix de 800 francs à MM. Paul Claisse et Ernest Dupré (Paris); 2° un prix de 200 francs à M. Cristiani, privat docent à l'Université de Genève et à Mme Cristiani, docteur en médecine, pour leur ouvrage en collaboration.

PRIX DESPORTES. — 1300 francs.

A l'auteur du meilleur travail de thérapeutique médicale pratique.

L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde les récompenses suivants :

1° Mention très honorable avec 500 francs à M. Paul Delmas (Bordeaux); 2° mention très honorable avec 500 francs à M. Thomas, médecin-major de 1re classe (Bordeaux); 3° encouragement de 300 francs MM. Cathelineau et Lebrasseur (Paris), par leur ouvrage en collaboration.

CONCOURS VULFRANC GERDY.

Le legs Vulfranc Gerdy est destiné à entretenir, près des principales stations minérales de la France ou de l'étranger, des élèves en médecine nommés à la suite d'un concours ouvert devant l'Académie de médecine.

1° 3500 francs à M. Arthus, pour ses missions, en 1893, à Chatelguyon et à Saint-Nectaire, et son rapport sur les eaux minérales de

Vichy (mission de 1892); 2° 3500 francs à M. Bernard pour ses missions, en 1893, à Royat et à Hammam-Meskoutine, et son rapport sur les eaux minérales de la Bourboule (mission de 1892).

PRIX ERNEST GODARD. — 1000 francs.

Au meilleur travail sur la pathologie externe. M. Ernest Ballet, ancien interne des hôpitaux.

PRIX DE L'HYGIÈNE DE L'ENFANCE. — 1000 francs.

Question : *De l'ictère des nouveau-nés.*

A MM. Lesage et Demelin (Paris), pour leur travail en collaboration.

PRIX LABORIE. —5000 francs.

Le prix n'est pas décerné, mais l'Académie accorde les encouragements suivants :

1° 1000 francs à M. Plicquet (Paris); 2° 1000 francs à M. Vaillard (Val-de-Grâce); 3° 1000 francs à M. J. Bœckel (Strasbourg); 5° 500 francs à M. Choux, méd.-maj. à l'hôp. de Vincennes, à titre de mention honorable; 6° 500 francs et une mention honorable à M. Aldibert (Toulouse).

PRIX LAVAL. — 1000 francs.

A l'élève en médecine qui se sera montré le plus méritant. Le choix de cet élève appartient à l'Académie de médecine.

Le prix est décerné à M. Friteau (Fac. de méd. de Paris).

PRIX LEFÈVRE. — 1800 francs (Triennal).

Question : *De la mélancolie.*

1° 1000 francs à MM. Charles Vallon et Auguste Marie, médecins des asiles d'aliénés de la Seine; 2° 800 francs à M. Séglas (Paris).

PRIX MEYNOT. — 2600 francs.

A l'auteur du meilleur travail sur les maladies des yeux.

1° Un prix de 1600 francs à M. Tscherning (Paris): 2° mention très honorable avec 500 francs à M. Sulzer, privatdocent d'ophtalmologie à l'Université de Genève; 3° mention très honorable avec 500 francs à M. Félix Lagrange (Bordeaux).

PRIX ADOLPHE MONBINNE. — 1500 francs.

Destiné à subventionner, par une allocution annuelle (ou biennale de préférence), des missions scientifiques d'intérêt médical, chirurgical ou vétérinaire.

1° 1000 francs à M. Viaud (Bordeaux); 2° 500 francs à M. Loir (Sydney, Australie).

Deux mentions honorables à MM. Gillet de Grandmont et Charles Leroux (Paris).

PRIX NATIVELLE. — 300 francs.

Il n'y a pas lieu de décerner le prix.

PRIX OULMONT. — 1600 francs.

A l'élève en médecine qui aura obtenu le premier prix (médaille d'or), au concours annuel des prix de l'Internat (médecine).

M. Claisse, interne des hôpitaux de Paris.

PRIX PORTAL. — 600 francs.

Questions : *Les luxations congénitales de la hanche.*

M. Arnold Vallette (Genève).

PRIX POURAT. — 1200 francs.

Questions : *Déterminer à l'aide de l'expérimentation et de la physiologie pathologique, le rôle du pancréas dans la glycogénie et la glycosurie diabétique.*

M. Thiroloix (Paris).

PRIX PHILIPPE RICORD. — 600 francs (Bisannuel).

A l'auteur du meilleur ouvrage, paru dans les deux ans, sur les maladies vénériennes.

M. Paul Charrier (Paris).

PRIX TREMBLAY. — 7200 francs (Quinquennal).

Au meilleur travail sur les maladies des voies urinaires : catarrhe, affections de la prostate, plus particulièrement ces deux cas.

1° Un prix de 2000 francs à M. Albarran (Paris); 2° un prix de 2000 francs à M. Launois (Paris); 3° un prix de 2000 francs à M. Rebland (Paris); 4° une récompense de 1200 francs à M. E. Vignard (Nantes).

PRIX VIENNOIS. — 700 francs.

Au meilleur travail sur l'hygiène.

1° Un prix de 300 francs à M. Richard, médecin en chef de l'hôpital de Gabès (Tunisie); 2° un prix de 200 francs à M. Troussean (Paris); 3° un prix de 200 francs à M. Dupuy (Saint-Denis); 4° mention honorable à M. Zune (Paris); 5° mention honorable à MM. Charles Giraud et Bordas (Paris); 6° mention honorable à M. Rouvier, professeur à la Faculté de médecine de Beyrouth; 7° mention honorable à M. Delobel (Noyon, Oise).

Faculté de médecine de Paris.

CONGÉ. — Un congé, pour le premier semestre de l'année scolaire 1893-94, est accordé sur sa demande et pour raisons de santé, à M. le prof. Granger, professeur de clinique des maladies des enfants.

M. Marfan, agrégé à la Faculté de médecine de Paris est chargé d'un cours complémentaire de clinique des maladies des enfants à la dite Faculté.

RÉFORME DU CONCOURS DE L'AGRÉGATION. — Dans sa dernière réunion, l'Assemblée de la Faculté de médecine a dû discuter les conclusions du rapport établi par la Commission chargée de rechercher les modifications à apporter au concours de l'agrégation.

Voici quelles sont les principales de ces conclusions :

Les concours auront lieu désormais dans chaque Faculté, sauf l'agrégation des sciences appliquées à la médecine qui continuera de se passer à Paris

Le Jury sera composé de 11 membres appartenant tous à une chaire de médecine pour l'agrégation de médecine, à une chaire de chirurgie pour l'agrégation de chirurgie. Pour l'agrégation d'obstétrique, le Jury sera cependant choisi parmi les médecins et les chirurgiens.

Pour la préparation de la leçon de trois quarts d'heure, le candidat n'aura plus de livres désignés par le Jury à sa disposition.

Suppression enfin de l'épreuve d'anatomie pathologique; et épreuve clinique pour laquelle le candidat aura quatre heures de préparation et d'examen du malade sans limitation de temps pour cet examen.

Il a été décidé, paraît-il, à une très faible majorité, que le Jury devrait donner des points aux candidats après chaque épreuve.

Hôpitaux de Paris.

LES INCENDIES DANS LES HOPITAUX. — Les infirmiers devront désormais se transformer en sapeurs-pompiers les jours d'incendie dans les hôpitaux. L'administration vient, en effet, de prescrire dans les hôpitaux, la manœuvre de la pompe faite dans toutes les règles et à intervalles réguliers. C'est à titre d'expérience, il est vrai, mais espérons que l'expérience amènera d'excellents résultats.

DÉSAFFECTION DE L'HOPITAL TROUSSEAU. — Les habitants du quartier de l'hôpital Trousseau signent, dans ce moment, une pétition pour la désaffectation de cet hôpital. Ils basent leur demande sur les statistiques de M. Bertillon établissant que la contagion est beaucoup plus grande sur les enfants qui habitent les maisons avoisinant l'hôpital que sur les enfants des maisons plus éloignées.

CONCOURS DE L'EXTERNAT. — Voici les quatre dernières questions données : veine-cave inférieure, muscles fessiers, configuration extérieure et rapports de la face inférieure du foie. L'artere sous-clavière et ses branches.

Assistance publique de Paris.

L'administration de l'Assistance publique de Paris a conçu le projet d'installer, sur les côtes de l'Océan et à proximité de la grande station balnéaire de Royan, un sanatorium semblable à celui de Berck-sur-Mer. Une délégation envoyée à cet effet dans la Charente-Inférieure a déjà visité les côtes de Saint-Georges de Oidonne jusqu'à Terre-Neuve.

Congrès international de médecine de Rome.

Ce Congrès doit se tenir du 29 mars au 5 avril prochain. Pour

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : Dr F. de RANSE — *Rédacteur en chef :* Dr Pierre SEBILEAU

Secrétaire de la Rédaction : M. Em. EMERY

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal : 28, rue Vignon

CLINIQUE CHIRURGICALE

HOPITAL COCHIN. — M. LE Dr QUÉNU

La cure radicale de la hernie ombilicale

I

Messieurs,

Nous avons eu, dans le service, depuis le 1er janvier, quatre malades, auxquelles nous avons fait la cure radicale de la hernie ombilicale. Je vous ai montré, d'autre part, une cinquième malade, entrée au pavillon Pasteur, pour carcinome du rectum, mais que j'avais opérée d'une hernie ombilicale, il y a cinq ans, à l'hôpital Bichat. Ces cinq cas constituent un champ d'observation suffisant, et c'est à propos d'eux que je veux vous entretenir, aujourd'hui, un instant, d'une méthode opératoire que j'ai imaginée.

La première malade que j'ai opérée ici d'une hernie ombilicale était cette institutrice dont vous vous souvenez, qui avait 23 ans, et était d'une obésité si précoce. Elle avait été opérée quatre mois auparavant par un de mes collègues, mais sans succès, la hernie s'étant reproduite quelque temps après l'intervention. Je ne sais quel avait été le procédé employé; ce qu'il y a de certain, c'est qu'il avait été insuffisant, puisque la hernie s'était reproduite; ce n'est pas, en effet, quelques jours après l'opération qu'on peut juger du résultat d'une cure radicale de hernie; il faut attendre au moins quatre ou cinq mois. Alors, souvent, survient la déception.

Je suppose donc que mon collègue avait suivi le mode opératoire le plus simple, mais assurément pas le meilleur, et que je vais vous décrire en quelques mots.

II

Mais, d'abord, je veux vous donner un aperçu de la structure de la paroi abdominale au niveau de la région ombilicale. Vous savez qu'on y trouve, de chaque côté de la ligne médiane, la peau, puis, sous celle-ci, le tissu cellulaire sous-cutané, plus profondément les muscles droits de l'abdomen entourés d'une gaine fibreuse résistante, et enfin, tout à fait profondément le péritoine, doublé en dehors d'une très mince couche de fascia propria.

Sur la ligne médiane, au contraire, c'est l'intrication des fibres aponévrotiques de la gaine des droits, formant ce qu'on appelle la ligne blanche. Ici plus de muscles; la peau seulement, le treillage aponévrotique et la séreuse. En un point, au niveau de cette ligne blanche, la peau se déprime comme attirée dans le ventre par le cordon de l'ouraque, des artères ombilicales et de la veine ombilicale. Ici la peau, et sous elle le péritoine, tout simplement.

Voyons maintenant les procédés opératoires.

1° *Méthode simple.* — Un premier mode opératoire consiste à inciser les enveloppes de la tumeur, à traiter comme il convient son contenu, à disséquer le sac, à le lier, à le réséquer, puis à suturer, avec ou bien sans avivement préalable, les deux bords de l'anneau. L'anneau, je vous le dis en passant, c'est l'ancien orifice ombilical non cicatrisé ou forcé après cicatrisation. Vous reconnaissez là le procédé de cure radicale employé autrefois pour la hernie inguinale, alors qu'on n'attachait guère d'importance qu'à la résection du sac, et qu'on comptait pour quantité négligeable la reconstitution de la paroi abdominale.

Cette paroi abdominale présente, comme je vous l'ai dit, trois plans, la peau, la couche musculo-fibreuse et la séreuse. Or, en employant le procédé que je viens de vous décrire, vous en supprimez un ; la séreuse adhère, au niveau du collet herniaire et tout autour de lui, à la fibreuse sous-jacente et vos fils embrassent les deux assises en même temps. Cela fait une cicatrice peu solide; la méthode n'est pas recommandable; elle a, du reste, été abandonnée par la grande majorité des chirurgiens.

Restent deux grandes méthodes : l'une consiste à pratiquer l'omphalectomie, c'est-à-dire à exciser tout, paroi abdominale et sac herniaire, puis à suturer les deux lèvres de la plaie ainsi produite ; dans l'autre, au contraire, on cherche à obtenir un double plan, séreux et fibreux, et l'on suture ensuite séparément, côté droit avec côté gauche, les deux plans ainsi obtenus.

Chacune de ces méthodes a, me semble-t-il, des indications ; pour quatre malades, j'ai employé la suture et l'avivement; pour une cinquième, j'ai pratiqué l'omphalecto-

mie. Je vais vous les décrire l'une et l'autre, mais sachez d'abord que quel que soit le procédé employé, il y a toujours un temps commun, le premier temps de l'opération, et qu'en réalité les différences ne commencent à se montrer que lorsque l'on fait la réparation de la paroi abdominale.

Ce temps commun, Messieurs, consiste dans l'ouverture du sac herniaire et dans le traitement que vous faites subir au contenu de la hernie. Vous avez, en effet, incisé la peau, puis la couche cellulo-graisseuse épaissie surtout sur les côtés, vous avez ensuite ouvert le sac; vous voilà en présence du contenu herniaire. Qu'allez-vous faire? Cela dépend. Je prends, si vous voulez, comme exemple, la dernière malade opérée devant vous. Le sac étant ouvert, vous avez vu qu'il était rempli par le grand épiploon, chargé de graisse et présentant à son bord libre une série de franges qui le réunissaient au sac. Cet épiploon n'était donc pas réductible. Aussi, me suis-je hâté de débarrasser la face interne du sac de ces brides; chez l'institutrice dont je parlais tout à l'heure, l'épiploon était libre dans son enveloppe séreuse, mais il y avait adhérence du moignon épiploïque au collet du sac : j'ai soigneusement dégagé ce pédicule épiploïque; il faut, en effet, quand on pratique une cure radicale de hernie, supprimer toute connexion entre le contenant et le contenu.

Vous voyez donc dans quelles conditions variables peut se présenter l'épiploon et quelle grande attention il convient d'apporter à sa mise en liberté.

Cet épiploon étant ainsi dégagé, que faut-il en faire? On peut le rentrer, mais la pratique courante est plutôt de le supprimer. Et, dans le cas que j'ai choisi comme exemple, il n'y avait pas à hésiter, parce que la réintroduction de la masse épiploïque dans le ventre aurait nécessité l'agrandissement large de l'anneau herniaire. Vous étalerez donc l'épiploon sur une compresse sortant de l'autoclave, vous établirez vos ligatures à une certaine distance du point où vous voudrez couper le pédicule, passant au travers de ce pédicule une série de fils de soie plate et forte, comme cela se fait pour une ligature en chaîne des larges pédicules ovariens. Ayez bien soin d'enfoncer l'aiguille-mousse là où il n'y pas de vaisseaux ; cela est facile, puisque ceux-ci dessinent leur trajet au travers du tissu épiploïque. Placez des pinces sur les deux extrémités du même fil pour ne pas vous tromper; croisez soigneusement chaque anse avec sa voisine, et serrez ferme. Puis, regardez bien, explorez vos ligatures; rendez-vous compte que toute la masse est bien embrassée par les liens; essuyez les petits lambeaux épiploïques que la pression de la ligature expulse du moignon. Et réintégrez ce moignon épiploïque dans l'abdomen. Je ne saurais trop vous dire encore : Soignez vos ligatures; j'ai vu, il y a une quinzaine d'années, une hémorrhagie très grave.

Si la rentrée du moignon épiploïque est difficile, débridez un peu l'anneau. Puis, vous vous assurerez qu'il n'y a pas d'adhérences intestinales tout autour de lui, et vous maintiendrez un tampon à l'entrée de l'orifice, pour tenir profondément l'intestin en respect.

Il faut maintenant pratiquer la résection du sac, mais il faut auparavant le disséquer jusqu'à ce que l'on aperçoive en haut comme en bas et sur les côtés l'aponévrose. Je vous conseille de vous servir, dans cette dissection, de ciseaux courbes plutôt que de pratiquer le décollement du sac avec le doigt. Ainsi, vous faites moins de dégâts, les tissus sont moins contus, la réunion par première intention est mieux assurée. Vous avez donc devant les yeux les limites exactes de votre sac; celui-ci est ouvert, vous le réséquez. Que faut-il faire maintenant? C'est ici que commencent les divergences, et le moment est venu pour moi de vous décrire les deux méthodes dont je vous ai parlé.

2° *Restauration de la paroi abdominale.* — Il y a, en effet, un procédé qui consiste, après la résection du sac, à aviver les deux bords de l'anneau, à décoller le plan fibreux du plan séreux et à faire, plan par plan, des sutures d'un bord de l'anneau à l'autre. Mais, il n'est pas souvent possible d'agir ainsi à cause des adhérences du collet du sac au plan fibreux. Cette méthode est souvent un trompe-l'œil, et la séparation des deux couches est la plupart du temps impossible ou imparfaite. C'est justement à cause de ces adhérences que Lawson Tait a eu l'idée de dédoubler la fibreuse et de lui faire un clivage, de façon à obtenir sûrement deux plans au lieu d'un : l'un postérieur (fibro-séreux), l'autre antérieur, (fibro-cutané); il exécutait cela va sans dire, ce clivage à droite et à gauche; l'opération consistait ensuite à réunir l'une à l'autre les deux lèvres des assises correspondantes, par-dessus lesquelles, ensuite, on suturait la peau. Ainsi s'obtenait, ou était censé s'obtenir, au niveau de l'orifice herniaire, une sorte de bouchon fibreux lnsangique.

3° *Omphalectomie.* — La troisième méthode consiste à faire l'omphalectomie, c'est-à-dire la résection de l'ombilic. Pour exécuter ce procédé, les uns commencent par faire une résection en ellipse de la paroi abdominale, c'est-à-dire une laparotomie primitive suivie d'une excision secondaire de la cicatrice ombilicale; les autres commencent par exécuter les manœuvres dont je vous parlais tout à l'heure et résèquent ensuite l'ombilic. Qu'importe? La méthode, au fond, reste la même et on peut si bien en varier à l'infini les détails que je vous compterais bien vingt-cinq procédés si la fantaisie m'en prenait.

Bref, la méthode est vieille; elle a été remise ces temps-ci en honneur par quelques chirurgiens américains; mais ce n'est, pour elle, qu'une résurrection. Et d'ailleurs, à qui n'est-il pas arrivé, au cours d'une laparotomie, de faire, pour une hernie ombilicale rencontrée d'aventure, une de ces omphalectomies de hasard qui consiste, comme complément d'une autre opération plus sérieuse, à contourner — tandis qu'on y est — l'ombilic avec des ciseaux, à réséquer les contours de l'anneau et à suturer ensuite?

Et notez bien qu'au total, le procédé est bon; je l'ai employé sur la malade de l'hôpital Bichat que je vous ai montrée tout à fait guérie. Elle portait, cette malade, une hernie grosse comme la tête; dans l'intérieur du sac siégeait une grande partie de la masse intestinale. J'ai réséqué tout, sac et paroi abdominale tout autour; il m'est resté largement de quoi cuirasser les viscères et la guérison a été définitive.

Ce procédé, vous pouvez même l'employer pour les petites hernies; il n'a, au demeurant, aucun inconvénient. Mais je lui fais un reproche. Il constitue, il n'y a pas à dire, une vraie laparotomie, et quoique je n'aie guère peur du péritoine — je pense n'avoir pas besoin d'insister sur ce point — il n'en reste pas moins vrai qu'entre deux méthodes de cure radicale, l'une qui guérit sans ouverture du ventre et l'autre

après ouverture large, je n'hésite pas à choisir la première. — N'oubliez pas que les femmes que vous opérez sont des malades grasses, souvent fatiguées, avec un mauvais cœur, de mauvaises artères (artério-sclérose), de mauvais capillaires, des veines variqueuses, un poumon emphysémateux, souvent atteintes, après les interventions graves, de troubles circulatoires et d'hypostase pulmonaire. Voilà pourquoi je vous recommande le procédé suivant, que j'ai imaginé et que je crois capable de rendre de grands services.

III

Il est entendu que nous avons ouvert le sac herniaire, réduit son contenu et que nous avons réséqué au niveau du collet. Puis, nous avons réuni par une solide ligature le plan fibro séreux d'un côté à celui du côté opposé... Jusqu'ici rien de nouveau; voici où commence mon procédé.

A une certaine distance de l'anneau, je décris une incision circulaire ou légèrement elliptique. Je fais passer cette incision assez en dehors de la ligne médiane pour qu'elle porte sur la gaine des muscles droits qui, du coup, se trouve naturellement ouverte. J'obtiens ainsi deux lèvres aponévrotiques, une interne, l'autre externe. Je réunis alors l'une à l'autre les deux lèvres internes droite et gauche; c'est donc un premier plan fibreux qui s'ajoute à l'assise séro-conjonctive déjà reconstituée par la suture préalable du péritoine et de sa doublure.

Puis, avec le doigt, je décolle dans une certaine étendue le corps du droit de sa gaine, et les deux muscles ainsi dégagés de toute adhérence et libres dans leur gaine viennent facilement à la rencontre l'un de l'autre sous l'influence d'une légère traction. Une bonne suture en surjet qui les prend en plein corps les maintient alors accolés par leur bord interne, suture d'autant plus assurée contre la déchirure des faisceaux musculaires, qu'à peu de distance de l'ombilic les droits sont entrecoupés de deux intersections aponévrotiques qui en tissent, en quelque sorte, les fibres. J'ai vérifié tout récemment cette disposition sur des cadavres avec mon élève et votre camarade Friteau. Voilà donc, par-dessus mes deux premiers plans, une bonne couche musculaire. Ce n'est pas tout. Je suture ensuite les deux lèvres externes du feuillet antérieur de la gaine des droits, et j'ajoute ainsi à la solide cuirasse déjà établie un nouveau matelas protecteur.

Dites-moi si je n'ai pas ainsi reconstitué complètement la paroi abdominale, si je n'ai pas copié la nature, et si je n'ai pas bien compris la physiologie normale de cette paroi de l'abdomen naturellement forte sur les parties latérales, faible sur la ligne médiane?

Ne vous saute-t-il pas aux yeux que là est bien l'indication opératoire en matière de restauration : prendre aux forts pour donner aux faibles?

Notez que c'est là une opération très simple, très facile à exécuter; elle ne s'accompagne d'aucun délabrement sérieux de la paroi abdominale; on y décolle très peu; elle fait donc une plaie très bien disposée pour la réunion par première intention.

Pour ma part, je l'ai exécutée deux fois; ma dernière opération est récente; mais il y a huit mois que j'ai pratiqué la première chez une malade qui avait une énorme éventration. Le résultat a été excellent; la guérison s'est maintenue jusqu'à ce jour absolument parfaite; j'ai tout lieu de penser que nous n'aurons pas de déception.

P. S.

CLINIQUE SYPHILIGRAPHIQUE

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. LE PROFESSEUR FOURNIER.

Le tertiarisme précoce

(Suite) (1).

V

Nous venons de voir, Messieurs, ce que peut faire le tertiarisme précoce s'attaquant au système tégumentaire cutané. Étudions-le maintenant dans ses manifestations sur le système muqueux.

Certes, ces manifestations sont bien moins communes que celles du système cutané. Elles ne figurent que pour un chiffre de 13 dans ma statistique, tandis que celles de la peau y atteignent le chiffre considérable de 84. — Mais c'est encore beaucoup relativement, c'est-à-dire étant donnée la disproportion de surface de ces deux départements tégumentaires.

Où se produisent-elles?

Sur deux points principalement :

1° Sur la muqueuse génitale;

2° Et surtout (avec une grande supériorité de fréquence), sur la muqueuse bucco-gutturale. La bouche, et, dans la bouche, la gorge, voilà par excellence leur siége de prédilection.

Quelles formes affectent ces syphilides muqueuses précoces?

Leur physionomie clinique est exactement calquée sur celle des syphilides cutanées précoces. On pourrait dire : ce sont les syphilides cutanées précoces transportées sur le système muqueux. — C'est ce que vous allez voir au détail.

I. — D'abord ce sont des syphilides ulcératives, creuses, étendues; — et, surtout, ce sont des syphilides de type absolument tertiaire. N'était l'historique de la maladie, on les prendrait objectivement pour des lésions d'une étape chronologique avancée. A ce point de vue, elles trompent toujours l'observateur. Alors qu'un malade affecté d'un de ces types vous montre sa lésion avant de vous avoir conté son histoire, toujours invariablement, vous commettez une erreur, *de visu*, sur l'âge probable de la syphilis. Vous croyez à une lésion témoignant d'une syphilis plus ou moins ancienne, datant par exemple de cinq, dix, quinze ans. Pas du tout. C'est une lésion symptomatique d'une syphilis jeune, datant de quelques mois.

Deux exemples pris au hasard.

Un malade se présente à ma consultation avec deux ulcérations linguales profondément excavées (l'une creuse au moins de 1 centimètre) et qu'il commence par me montrer comme entrée en conversation. Je diagnostique tout aussitôt *de visu* une ulcération gommeuse devant probablement se rattacher à une syphilis plus ou moins ancienne. — Eh bien, renseignements pris et donnés par un malade

(1) Voir *Gazette médicale*, nos 49 et 50, 1893.

très intelligent, précisant parfaitement les dates, c'était là un accident d'une syphilis remontant à neuf mois.

Un malade nous arrive ici avec une lésion gommeuse du voile palatin ayant déjà perforé le voile, y ayant même produit quatre perforations réunies en bouquet. Notre premier sentiment est de croire que nous avons affaire à une syphilis déjà plus ou moins vieille. Or, la syphilis remontait à moins d'un an.

Et de même pour maints autres cas.

II. — En second lieu, non seulement ce sont des accidents de physionomie tertiaire, mais, de plus, ce sont de *mauvais accidents tertiaires* (passez-moi la façon de dire), manifestement empreints d'une gravité propre.

Ce sont de mauvais accidents tertiaires :

1° De par leur constitution rapide. — Ils sont bien plus hâtifs comme évolution que les accidents correspondants du tertiarisme des étapes avancées, lesquels sont relativement torpides.

2° De par leur tendance à l'extension.

Rapidement, ils envahissent de grandes surfaces ; rapidement ils excavent, détruisent, mutilent les tissus.

3° En ce qu'ils n'obéissent au traitement spécifique que d'une façon infiniment moins docile que les accidents tertiaires d'une époque plus reculée.

Méfiez-vous donc de ces accidents tertiaires précoces !

Aussi bien ils revêtent assez souvent le caractère phagédénique et presque toujours leur phagédénisme est un phagédénisme aigu, rapide précipité même quelquefois, qui aboutit en quelques jours à des destructions irréparables.

Ainsi :

Un de nos malades est pris d'un chancre phagédénique. (Au passage, remarquez ce point ; quelquefois, assez souvent même, c'est un chancre phagédénique qui prélude au tertiarisme précoce.) Il guérit. Cinq mois plus tard, syphilide gommeuse du gland qui devient térébrante et détruit en quelques jours les 2/3 du gland.

Autre exemple.

Au sixième mois d'une syphilis qui jusqu'alors n'avait rien présenté de grave, un malade est affecté d'une ulcération de la paroi postérieure du pharynx. On croit d'abord à un ulcère tuberculeux. En dépit de tout ce qu'on peut lui dire, le malade continue à fumer. L'ulcère tout à coup prend une marche envahissante. Une quinzaine de jours plus tard, je suis mandé près de ce malade que je trouve dans un état atroce, voire alarmant.

D'abord, température de 39°, 40°;

Dysphagie effroyable ;

Et ulcération énorme, ayant envahi toute la portion du pharynx accessible à la vue et la dépassant en outre en haut et en bas. C'est-à-dire transformation de tout le pharynx en une seule plaie du plus mauvais aspect.

Un traitement énergique parvint cependant à guérir le malade.

Mais, chose essentielle à savoir, il est un organe qui, plus que d'autres, est affecté par le tertiarisme précoce, alors que ce tertiarisme se porte sur le système muqueux, c'est le voile du palais. Le voile du palais, voilà la victime préférée du tertiarisme précoce des muqueuses.

Soit dans mes notes, soit dans mes souvenirs, j'ai toute une série de cas où le voile du palais est devenu le siège de lésions graves dès la première année, dès les premiers mois de la syphilis et cela sous des formes diverses, à savoir :

Soit sous forme de perforation de part en part dans le limbe du voile;

Soit sous forme d'échancrures marginales, entamant et détruisant les bords de l'organe ;

Soit sous forme de destructions partielles;

Soit, enfin, sous forme de destructions presque totales, réduisant l'organe à une sorte de moignon informe.

Tenez-vous donc toujours en garde contre les ulcérations qui peuvent survenir au voile palatin au cours du tertiarisme précoce ; et, s'il s'en produit, reprimez-les tout aussitôt par un traitement énergique, à la fois local et général, en vue d'enrayer des processus ulcéreux toujours menaçants et susceptibles d'aboutir à des mutilations irréparables.

VI

Il est enfin pour les manifestations du tertiarisme précoce sur les muqueuses, comme pour celles qui affectent le système cutané, une forme plus grave encore, à laquelle peut bien être appliquée sans exagération la dénomination de forme *maligne*.

Elle est constituée par des processus ulcéreux qui se produisent généralement au niveau de la gorge, qui sont confluents, extensifs, térébrants, et qui dégénèrent finalement — quelquefois avec une rapidité singulière — en d'effroyables phagédénismes naso-gutturaux. Or, non seulement ceux-ci détruisent et anéantissent tout ou partie des régions qu'ils affectent, mais encore ils sont susceptibles, par leurs complications ou par leur retentissement sur l'état général, de menacer la vie.

Comme exemple, écoutez le récit du cas suivant :

Un homme de 35 ans contracte la syphilis et s'en traite d'abord négligemment. — Entr'autres accidents il souffre de la gorge. — Pour ces maux de gorge on l'envoie à Luchon dont les eaux sulfureuses, naturellement, ne font qu'irriter davantage les parties malades. — Alors, c'est-à-dire exactement vers le neuvième ou dixième mois de l'infection, des ulcérations gommeuses confluentes, commencent à se produire sur le voile, sur les piliers, sur la base de la langue, sur le pharynx. Bientôt aussi le naso-pharynx et le nez sont envahis.

Ces ulcérations progressent très rapidement, s'élargissent, se rénnissent.

Bref, quand je vois le malade quelques semaines plus tard pour la première fois, je constate le plus effrayant phagédénisme guttural qu'il soit possible d'imaginer.

La gorge, le pharynx et le naso-pharynx ne sont plus qu'un antre béant, profondément ulcéreux.

De voile du palais, il n'en reste pas vestiges.

Les piliers sont profondément entamés.

Toute la partie postérieure de la langue est remplacée par une caverne gommeuse.

Tout le pharynx, dans ses faces postérieure et latérales, est détruit ; il n'existe plus qu'à l'état de nappe gommeuse, crémeuse d'aspect, suppurante.

Supérieurement, des ulcérations se prolongent sur la voûte basilaire et envahissent les fosses nasales.

Le nez contient des ulcérations de même ordre. Des os sont sentis à nu dans les fosses nasales.

Et de ces nécroses, de ces clapiers s'exhale une odeur épouvantable d'ozène.

Je ne vous parlerai pas de l'état général du malade. Vous le concevez de reste. Je vous dirai, pour en finir, qu'après des péripéties diverses, après une récidive même des ulcérations, à la suite d'une première cicatrisation, le malade guérit, mais il guérit forcément avec des mutilations irréparables, à savoir :

L'anéantissement absolu du voile palatin ;

Une perforation de la voûte osseuse palatine ;

Des adhérences vicieuses des moignons des piliers, du pharynx et de la langue ;

Et l'affaissement du nez.

Jugez, d'après cela, de la gravité possible des accidents que réalise parfois le tertiarisme précoce du côté des muqueuses.

(*A suivre.*) Dr P. PORTALIER.

MÉDECINE OPÉRATOIRE

Etablir un anus contre nature

I

Etablir un *anus contre nature*, c'est pratiquer sur l'intestin, en un point quelconque de son trajet, une ouverture dont on fixe les lèvres à la paroi abdominale ; par cette ouverture les matières fécales sont évacuées.

Vous aurez à pratiquer cette opération dans des circonstances et sous des conditions très différentes les unes des autres ; les indications qui la commandent répondent à trois grandes catégories de faits.

Dans les premiers, vous avez la *main forcée* et vous établissez l'anus là *où vous êtes obligés*.

Dans les seconds, vous allez *à l'aventure* et vous établissez l'anus là *où vous pouvez*.

Dans les troisièmes, vous avez *toute liberté* et vous établissez l'anus là *où vous voulez*.

Mais « où vous voulez » cela veut dire également « où vous devez », car il y a à cet égard des notions bien et dûment acquises auxquelles il faut se soumettre, et quand le chirurgien *peut choisir* l'anse intestinale à ouvrir, il *doit choisir* celle que l'expérience nous a montrée la mieux disposée à cet effet.

1° *Où vous êtes obligés.* — Au cours d'une kélotomie vous trouvez l'intestin gangrené. Impossible de le rentrer dans le ventre. Pour des raisons pesées à l'avance, vous ne voulez pratiquer ni la suture circulaire de l'intestin après résection de la portion malade, ni l'entérorrhaphie partielle de Bouilly. Vous voilà donc obligés d'établir un anus contre nature. Cela est facile, il est tout fait. Débridez donc l'anneau, et laissez tout en place. Voilà devant vous une anse déjà perforée ou sur le point de l'être. Il vous est impossible de faire la juste part du bon et du mauvais. Réséquez donc, tout simplement, d'un coup de ciseaux, tout ce qui vous paraît le plus malade, puis fixez par quelques points de suture ce large anus aux parois du sac. Cette précaution est indispensable ; sans elle, l'anse serait attirée peu à peu dans le ventre. Et surtout, lavez, nettoyez, détergez bien ce foyer septique. Au résumé, c'est très simple. Coupez ce qui est mort, et suturez ce qui reste à la poche.

2° *Où vous pouvez.* — Voici un malade atteint d'obstruction intestinale. Vous vous prononcez contre la laparotomie en faveur de l'entérotomie. Vous dites : « Je cours au plus pressé, la porte est fermée, j'ouvre la fenêtre — après cela que le malade s'arrange avec ce qui a fermé la porte. — » Et notez que souvent ce langage est tout à fait sage. Il faut donc que vous fassiez la brèche sur une anse dilatée — *condition fondamentale* — ; mais il y a intérêt, si la chose est possible, à ce que cette brèche porte sur une anse aussi rapprochée que possible du rectum — *condition heureuse.* —

Plus loin vous trouverez les détails du manuel opératoire. En un mot, voici : incisez couche par couche, à un bon travers de doigt au-dessus du tiers externe de l'arcade crurale *droite* ; 6 centimètres d'entaille environ. Entrez dans le péritoine ; une anse météorisée se présente ; fixez, incisez et ouvrez. C'est-il le cæcum ? tant mieux, vous ne pouvez pas être plus bas. C'est-il du grêle ? Vous avez sans doute affaire au segment terminal de l'iléon. Comprenez-vous maintenant pourquoi Nélaton a dit : « Incisez à droite ? » N'oubliez pas cela.

3° *Où vous voulez.* — Le chirurgien qui crée un anus contre nature doit obéir aux deux principes suivants : *a.* faire l'ouverture intestinale au-dessus du point oblitéré ou lésé — *conduite indispensable* — ; *b.* faire l'ouverture intestinale le plus près possible du rectum — *conduite utile.* — Il est donc évident, en raison de la variabilité des cas qui imposent l'intervention, qu'on ne saurait toujours agir sur la même région de l'intestin ; ainsi, un cancer du côlon ascendant commande l'incision du cæcum, et un cancer du cæcum commande l'incision du grêle. Mais, comme dans la grande majorité des cas, l'anus artificiel est pratiqué pour remédier aux symptômes d'une maladie du rectum (cancer, rectite proliférante, rétrécissement), ou d'une tumeur du petit bassin (fibrome utérin) comprimant le rectum, on peut dire, au résumé, prenant les cas en bloc, que dans la création de l'anus artificiel, l'ouverture de l'intestin doit porter sur l'S iliaque.

Pourquoi donc l'S iliaque ? Pour trois raisons : 1° parce qu'il est *superficiel*, c'est-à-dire *facile à trouver* ; 2° parce qu'il est *mobile*, c'est-à-dire *facile à attirer* ; 3° parce qu'il est *tortueux*, c'est-à-dire facile à *ansifier* et à *éperonner*. Je vous montrerai plus loin ce que signifient ces néologismes.

Au résumé, l'anus iliaque a fait oublier l'anus colique ; Littre et Pillore ont triomphé de Callisen et d'Amussat ; l'anus sur le flanc a détrôné l'anus sur les lombes, et devant le fameux plaidoyer en faveur du premier pour lequel s'est dépensé le professeur Verneuil, les plus ardents et les plus habiles défenseurs du second, Trélat, le professeur Tillaux, ont depuis longtemps fait leur soumission.

II

Etudions maintenant l'opération. La région inguino-pubienne a été rasée, la veille au plus tard, puis savonnée, brossée, désinfectée, entourée de compresses chloralées. Je ne saurais trop vous recommander les solutions de chloral ; elles ne sont ni toxiques, ni caustiques ; elles ne détériorent pas les instruments et ne *désépidermisent* pas les mains de l'opérateur ; le chloral est un germicide excellent.

Administrez du chloroforme, comme presque tous les chirurgiens, ou injectez de la cocaïne comme Reclus. Préférez le premier si vous n'êtes pas très experts dans l'art de manier la seconde. Il est *très difficile*, à mon avis, de bien anesthésier un malade avec la cocaïne pour une opération de cette importance.

Sur la région déjà halayée la veille, repassez de l'éther et du chloral; entourez le champ opératoire de compresses soumises à une ébullition prolongée.

Le malade est sur le dos; vous êtes debout, sur son flanc gauche; reconnaissez, au palper, l'épine iliaque antéro-supérieure gauche, puis l'épine du pubis; déprimez les téguments entre ces deux promontoires osseux et sentez bien la corde tendue de l'arcade crurale; suivez-la et marquez bien sa direction. Le long de cette corde et au dessus d'elle, à un bon travers de doigt plus haut, faites, votre bistouri (loi générale en médecine opératoire) marchant de gauche à droite, une entaille cutanée longue de 6 à 7 centimètres qui se terminera en dehors à 2 centimètres au-dessus l'épine iliaque antéro-supérieure, sur la ligne verticale qui coupe sa proéminence.

Dégagez le tissu cellulo-graisseux, une mince toile celluleuse. Voici maintenant des fibres nacrées, denses, obliqués en bas et en avant; c'est le tendon plat du grand oblique. Coupez-le d'un seul coup, hardiment, rayant cette plaque fibreuse de la pointe de votre bistouri que vous tenez droit et ferme, près de la pointe, et qui crie en coupant. Les lèvres épaisses de cette entaille dans le tendon s'écartent; voyez, par l'entre-bâillement, des faisceaux rouges obliques en bas et en arrière; ce sont ceux du petit oblique derrière lesquels se dissimulent ceux du transverse, horizontaux. La double couche est peu épaisse. Dans le milieu de la plaie, soulevez cette couche avec une pince à dent de souris et faites-lui, de la pointe du bistouri, une bonne entaille, deux s'il le faut, pour voir, au travers de cette boutonnière, plus profondément, l'assise de tissu cellulo-graisseux. Engagez vos ciseaux, à droite et à gauche dans cette brèche, et terminez avec eux, tout le long de la plaie, la section du plan musculaire. Servez-vous du bistouri si vous préférez; mais alors coupez le muscle de gauche à droite, par petits coups, *comme si vous disséquiez*, votre pince soulevant toujours de votre main gauche ce que votre bistouri entame de votre main droite, car le muscle est flasque et se dérobe sous l'instrument qui l'attaque.

Au fond de la plaie, voilà maintenant du tissu cellulo-graisseux; débirez-le et réclinez-le avec précautions, de la pointe des ciseaux fermés, du bec d'une spatule ou du bout de votre index; alors apparait le fascia transversalis tapissé profondément par le péritoine; saisissez cette toile et sa doublure avec vos pinces à dents de souris et soulevez-les; au ras des mors de cette pince, dans le pli qu'ils font à la membrane, faites un trou avec la pointe du bistouri, et de suite, placez une pince hémostatique sur chaque lèvre de la section péritonéale; par le trou glissez, à droite et à gauche, votre petit doigt derrière la séreuse et sur lui, qui protège ainsi les organes du ventre, conduisez vos ciseaux qui coupent, du fascia transversalis et du péritoine, tout ce qui reste à couper. En haut et en bas, aux deux coins surtout, placez plusieurs pinces en collerette sur le péritoine qui tend à s'enfuir sous les couches musculaires.

Vous voilà maintenant dans le ventre; il faut aller « pêcher » l'S iliaque. Ici se posent trois questions : 1° Est-il facile à trouver? 2° Comment et où faut-il le chercher? 3° A quoi peut-on le reconnaître?

1° *Est-il facile à trouver?*

Presque toujours oui. L'S iliaque naît, au niveau de la crête iliaque gauche, là où finit le côlon descendant; il descend verticalement vers le détroit supérieur en traversant la fosse iliaque (*portion rectiligne* ou *abdominale*), et s'engage dans le petit bassin, pour se continuer avec le rectum après avoir décrit, au-devant du sacrum, un grand détour sinueux en forme d'oméga (*portion ansiforme* ou *pelvienne*). Les deux segments de l'S iliaque sont pourvus d'un méso qui lui assurent une grande mobilité; dans l'opération de l'anus contre nature c'est d'ordinaire sur la portion rectiligne, tout près de l'origine de l'anse oméga, que porte l'incision pratiquée sur l'S iliaque. Je le répète, on rencontre ordinairement sans peine cette partie du gros intestin. Mais sa recherche peut devenir quelquefois difficile, très rarement impossible. *Difficile* quand le méso s'allonge, que l'S iliaque devient flottant, erre, à côté du cæcum, dans la fosse iliaque droite ou bien se redresse dans la cavité abdominale vers l'ombilic et l'épigastre. *Impossible*, quand le méso fait absolument défaut, que l'S est plaqué contre la fosse iliaque, et qu'en avant de lui les anses grêles affluent, masquant ses bosselures à l'opérateur et gênant considérablement l'exploration. J'en ai vu un cas.

2° *Comment et où faut-il chercher l'S iliaque?*

Introduisez votre index gauche dans le ventre et dirigez-le d'abord vers les confins externes de la fosse iliaque. Promenez-le dans cette fosse à la surface du muscle qui la comble, cherchant, de dehors en dedans, une barrière qui bientôt vous arrêtera. Cette barrière, c'est le péritoine qui se replie du muscle iliaque sur l'intestin, pour former le méso-côlon. Suivez de haut en bas le flanc gauche de cette barrière; il vous conduit sur le détroit supérieur puis dans le petit bassin; avec l'index, introduisez le pouce maintenant; saisissez entre ces deux doigts quelque chose d'*épais et de flottant* qui, dans l'épaisseur du repli, double le promontoire, puis s'enfonce sur le front du sacrum dans le bassin. Tirez avec précaution et examinez ce que vous venez d'amener.

3° *Est-ce bien du gros intestin?*

Regardez : des bosselures, deux puissantes lanières longitudinales formées de faisceaux musculaires lisses; de petites masses pédiculées et flottantes insérées sur la paroi et chargées de graisse. Touchez : cela est épais, *râblé*, vous avez la sensation d'une paroi musculaire puissante. Mais vous hésitez encore; alors tirez légèrement. Si l'anse obéit à la traction, s'il vient *du boyau*, si vous sentez que ça se *dévide* en un mot, n'insistez pas, c'est du grêle; y a-t-il au contraire en haut et en bas, quand vous tirez, comme deux rênes qui se tendent, réclament l'intestin pour le ventre et empêchent l'anse de sortir trop abondante: c'est bien le gros intestin, l'S iliaque. Que faire?

Le ventre est ouvert et bientôt l'intestin, qui est là, sera ouvert à son tour. Les matières fécales vont donc s'épandre dans le péritoine et l'infecter? Oui, et c'est pour cela que maintenant, avant de rien faire, il faut fermer ce péritoine. Mais ici la situation se complique De trois choses l'une :

vous voulez établir : 1° soit un anus *artificiel temporaire* 2° soit un anus *permanent séance tenante* ; 3° soit un anus *permanent en plusieurs séances*. Cela dépend des cas ; chaque opération a ses indications. Voici par exemple un rectum fortement comprimé par un myôme utérin que vous pensez pouvoir extirper un jour : *anus temporaire*. Voici un cancer du rectum déterminant une obstruction intestinale complète, grave : *anus permanent extemporané*. Voici enfin un cancer du rectum douloureux avec épreintes et ténesme sans occlusion intestinale : *anus permanent en deux temps*.

(*A suivre.*) Pierre Sebileau.

BACTÉRIOLOGIE PRATIQUE

Méthode pratique pour faire bactériologiquement le diagnostic du chancre mou.

On sait combien dans certains cas le diagnostic est délicat entre le chancre mou, le chancre induré, l'herpès ou une ulcération banale quelconque des organes génitaux.

La symptomatologie étant impuissante à résoudre le problème, on a cherché et trouvé des procédés qui permettent de le faire. A l'heure actuelle, ces procédés sont au nombre de deux.

1° *Le procédé du raclage* (signe de Balzer). — On racle la surface de l'ulcération chancreuse, de façon à l'entamer légèrement, on porte le produit du raclage sur une lamelle, on fait agir pendant quelques instants une solution de potasse à 40 0/0. La potasse détruit tous les éléments anatomiques sauf les fibres élastiques. On colore ensuite avec de l'éosine par exemple. S'il se montre des éléments élastiques on conclut qu'il s'agit d'un chancre mou, s'il n'en a point, c'est qu'on a affaire à une ulcération herpétique ou syphilitique. Ce procédé, très bon dans certains cas, est loin d'être infaillible, il ne permet point d'ailleurs de distinguer le chancre mou d'une ulcération vulgaire (ecthyma par exemple).

2° *L'inoculation.* — C'est là le vrai moyen, le moyen classique. On fait une très légère scarification sur un point quelconque de la peau (région brachiale gauche en général) avec une lancette souillée de pus chancreux. En un ou deux jours il se produit une pustule qui, vers le 3e ou 4e jour, donne lieu à un ulcère mou typique. Ce procédé est presque infaillible. Il a cependant le grand désavantage de créer un second chancre qu'on est obligé de détruire, ce qui est toujours douloureux et qui laisse une cicatrice indélébile à sa suite.

Nous nous sommes servis de ce procédé sûr de l'inoculation chancreuse pour vérifier la méthode bactériologique que nous allons donner et jamais il n'y a eu divergence entre les résultats de ces deux méthodes.

Méthode pratique permettant de faire bactériologiquement le diagnostic du chancre mou. — Cette méthode est double ; on peut faire soit une simple coloration, soit, dans les cas délicats, une double.

1° *Procédé de coloration simple.* — Nous employons de préférence à toute autre couleur le violet de gentiane anilinė étendu de son volume d'eau.

On fait une lamelle de pus en raclant très légèrement la surface de l'ulcération, en étendant sans l'écraser le pus recueilli, entre deux lamelles très propres et flambées, en laissant sécher et en fixant par la solution suivante :

Sublimé. . . .	3 grammes.
Acide acétique	1 —
Eau distillée. .	100 —

Le violet de gentiane doit agir pendant une demi à trois quarts de minute. On lave, on examine dans l'eau avec l'éclairage Abbé, le miroir plan, l'objectif à immersion 1/12 et l'oculaire 3 de Leitz. On voit les noyaux et les globules blancs colorés en violet, les hématies non teintées, les coccus et les bactéries banales de la peau uniformément et fortement violettes, et les bacilles spécifiques intra et extra leucocytaires avec leurs formes typiques de bacilles trapus en navette, isolés, en amas et en chaînes.

Ce procédé, extrêmement pratique, extrêmement rapide, nous a suffi dans tous les cas. Néanmoins nous en donnons un second plus sûr, mais plus délicat.

2° *Procédé de coloration double.* — Ce procédé est calqué sur celui qu'on emploie pour faire le diagnostic bactériologique du gonocoque. Il est basé sur ce fait que le bacille de Ducrey ne prend point le Gram, tandis que les autres bactéries le prennent.

On commence par colorer pendant une demi-minute avec le violet de gentiane anilinė étendu, on lave, on passe pendant une demi-minute dans le liquide de Gram, on lave à nouveau, on décolore entièrement la lamelle par l'alcool absolu, on recolore ensuite par une solution de fuchsine de Ziehl étendue au 30e ou 40e, on lave une dernière fois, et on examine dans l'eau.

Les bactéries de la peau et le coccus qui prennent le Gram sont restés violets, les noyaux des leucocytes et les bacilles de Ducrey sont colorés en rouge rose ; ces derniers offrent toujours leur aspect typique.

Ce procédé est irréprochable ; néanmoins, comme il est assez délicat (la présence de fibrine en quantité un peu considérable, une couche un peu trop épaisse de pus, rendent la décoloration après le Gram difficile), nous préférons en général nous en tenir à la coloration simple qui est facile à faire, rapide et sûre.

C. Nicolle.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 19 décembre 1893. — *Présidence de* M. Laboulbène.

Sont élus : M. Empis, vice-président ; M. Cadet de Gassicourt, secrétaire annuel ; MM. Fournier et Riche, membres du Conseil d'administration pour 1894.

Des places sont déclarées vacantes : 1° dans la section de thérapeutique ; 2° dans la section d'anatomie pathologique ; 3° dans la section des associés libres

L'Académie, sur le rapport de M. Hallopeau, fixe ainsi qu'il suit la liste des candidats à une place de membre titulaire dans la section de thérapeutique et histoire naturelle médicale : M. Laveran ; 2° M. Raphaël Blanchard ; 3° M. Ferrand ; 4° *ex æquo* MM. Du Castel, Legroux et Sevestre. M. Huchard est adjoint à la liste par l'Académie.

Tractions de la langue.

M. Laborde communique cinq nouveaux cas de rappel à la vie

dans des cas de mort apparente des nouveau-nés, par le procédé des tractions rythmées de la langue.

M. Lancereaux pense que ce procédé ne doit pas réussir dans tous les cas, il doute de son efficacité à la suite d'arrêt brusque du cœur.

M. Laborde. — Le procédé réussit dans tous les cas d'asphyxie sans exception, on le comprend, car les centres bulbaires sont réveillés avec une grande puissance par l'excitation du nerf laryngé supérieur.

M. Lancereaux. — C'est l'excitation des extrémités sensitives des nerfs vagues qui produit dans bien des cas l'arrêt de la respiration ; en diminuant cette excitabilité nerveuse, on peut arriver à rétablir la respiration. C'est ce que j'ai pu observer deux fois.

Dans le premier cas, je fus appelé auprès d'un enfant qui venait d'avoir des convulsions violentes et qui était en état de mort apparente. Une injection de morphine rétablit la respiration.

Autre fait : Un homme atteint de cancer du larynx a une syncope ; on fait la trachéotomie, mais elle ne détermine aucun mouvement respiratoire. Je fis encore dans ce cas une injection de morphine et le malade fut ramené rapidement à la vie.

M. Pinard. — Ce procédé peut sans doute rendre des services, mais jusqu'ici je n'ai point encore obtenu de succès. Je l'ai appliqué trois fois et, par trois fois, j'ai échoué.

M. Laborde. — Je n'ai point la prétention de réussir toujours, mais je crois que c'est un procédé qui réussit souvent là où les autres ont échoué.

M. Albert Robin achève sa communication sur les albuminuries phosphaturiques.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 15 décembre 1893. — Présidence de M. Fernet.

Ostéomyélite post-typhoïdique.

M. Widal rapporte une observation d'ostéomyélite typhique intéressante par sa longue durée (dix ans) d'une part, et, de l'autre, parce que c'est l'auto-observation d'un médecin des hôpitaux. La voici résumée :

A 24 ans, quelques mois avant d'être reçu à l'internat, M. X... contracta une fièvre typhoïde dont l'évolution se fit normalement en trois septénaires. Dans les premières semaines qui suivirent la convalescence, il vit se développer, au-dessous du mamelon droit, au niveau des cartilages costaux, une petite tumeur rouge à sa surface, extrêmement douloureuse spontanément et à la pression.

Au bout de quarante-cinq jours, la douleur disparut, les phénomènes inflammatoires s'apaisèrent, et il ne resta plus à l'endroit indiqué qu'une nodosité dure et résistante, grosse comme une noisette. Elle garda cet aspect pendant les quatre ans que dura l'internat de M. X...; la pression ou les efforts musculaires seuls la rendaient douloureuse.

A la fin de son internat, alors qu'il préparait le concours de la médaille d'or, quatre ans presque jour pour jour après le début de la fièvre typhoïde, M. X... s'aperçut que la tumeur devenait plus douloureuse, plus volumineuse et fluctuante. Un véritable phlegmon de la paroi thoracique se développa et une large incision donna issue à une grande quantité de pus. La plaie se cicatrisa peu à peu, mais pas complètement, si bien qu'il resta un orifice fistuleux se fermant de temps en temps pour s'ouvrir à nouveau et laisser alors s'écouler quelques grammes de liquide séro-purulent par vingt-quatre heures. Lorsque la cicatrice se fermait temporairement, au-dessous d'elle se formait un petit abcès dont le développement s'accompagnait de frissons et de fièvre.

Pendant cette longue période, la santé générale s'était maintenue parfaite et M. X... avait pu affronter les concours du Bureau central. Il s'était toujours refusé à la rugination de deux côtes, opération qui lui avait été proposée. Dix ans s'étaient écoulés depuis le début de sa fièvre typhoïde lorsque trois petits séquestres s'éliminèrent spontanément par la plaie. Dès lors, la cicatrisation se fit complète, rapide, et pour toujours.

D'examen bactériologique, il ne fut pas question, car cette observation fut prise il y a près de trente ans, mais en rapprochant cette histoire de celle des ostéites costales publiées en ces derniers temps, il est permis de supposer que le bacille d'Eberth devait être également en cause. Quel autre microbe, en effet, aurait pu déterminer à la suite d'une fièvre typhoïde, cette évolution à caractères si spéciaux, à marche si particulière, procédant par poussées, pendant dix ans, jusqu'à l'élimination de séquestres, et cela, au milieu d'une santé générale presque constamment parfaite ?

« Ce fait, ajoute M. Widal, mérite d'autant plus d'être rapporté qu'il ne sera plus donné souvent d'observer une lésion d'aussi longue durée. Grâce aux progrès de l'antisepsie, on n'a plus de raison aujourd'hui d'attendre, comme l'a fait M. X... l'expulsion spontanée de séquestres osseux. L'ablation des parties nécrosées avec la rugine ou la gouge et le maillet permettra toujours la cicatrisation rapide et complète. »

M. Achard communique, au nom de M. Broca et au sien, l'observation d'un malade qui quelques mois après une fièvre typhoïde, présenta un abcès costal. Il fut incisé et l'examen bactériologique du pus montra la présence du bacille d'Eberth à l'état de pureté. La poche de l'abcès fut curettée, la côte dénudée fut grattée, et la guérison fut rapide.

Thrombose de la veine cave supérieure.

M. Comby présente pour la seconde fois, à deux ans d'intervalle, un malade atteint d'une oblitération de la veine cave supérieure depuis plus de trois ans.

Actuellement ce malade se plaint d'oppression au moindre effort, mais les troubles fonctionnels respiratoires du début ont disparu. L'œdème qui existait jadis dans toute la moitié supérieure du tronc a rétrocédé. La circulation s'est rétablie grâce au développement d'une circulation collatérale, mais cette dernière témoigne de la persistance de la maladie primitive. Il doit donc exister dans le médiastin une tumeur probablement bénigne, faisant corps avec la veine cave ; ce n'est ni un cancer, ni un anévrysme ; il est plus logique de songer à une production fibromateuse ou à une adénopathie trachéo-bronchique terminée par sclérose.

Ce cas prouve que le pronostic de cette affection a été trop assombri par les auteurs.

Entéroptose et néphroptose.

MM. Mathieu revient sur les observations présentées par M. Julie-Rénoy à la dernière séance.

Pour moi, le signe unique de l'entéroptose, c'est l'état tombant et flottant de l'abdomen, de la masse abdominale elle-même ; c'est le relâchement de la sangle musculaire qui permet au ventre de tomber en bas et en avant dans la station debout, de tomber sur le côté dans la décubitus latéral, de s'aplatir à la façon du ventre des batriciens dans le décubitus dorsal ou encore de prendre la forme si caractéristique du ventre à triple saillie que décrit Malgaigne.

Cette entéroptose en dehors, en quelque sorte, est l'entéroptose vraie ; elle n'a pas de rapport constant, ni avec la neurasthénie, ni avec la dyspepsie et je n'en ai pas tenu compte dans mon étude.

Dans les cas que j'ai étudiés, les crises gastriques n'ont pas été observées au cours de l'entéroptose, elles existent dans la néphroptose. Les autres raisons que j'ai signalées ne portent pas à croire qu'il s'agisse de reins malades.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 16 décembre 1893. — Présidence de M. Chauveau.

Pathogénie de la scarlatine.

M. Bergé fait connaître les conclusions d'un travail sur la pathogénie de la scarlatine qui sera publié prochainement.

Il résulte de ces études que la scarlatine est une infection locale causée par le streptocoque dans une de ses modalités virulentes. Dans la scarlatine commune ou amygdalienne, le streptocoque se cultive dans les cryptes de l'amygdale et y sécrète vraisemblablement une toxine érythémogène dont la diffusion dans l'organisme produirait l'éruption cutanée et muqueuse. La scarlatine puerpérale et la scarlatine traumatique résultent de l'infection streptococcique locale de la plaie utérine ou de diverses autres plaies muqueuses ou cutanées, exception faite des coïncidences morbides et des cas de scarlatine amygdalienne qui peuvent se rencontrer au cours de certaines épidémies de fièvre puerpérale et qu'explique suffisamment l'existence de l'agent infectieux commun : le streptocoque.

Ces conclusions, déjà présentées par Babès et Fiessinger, sont basées sur des arguments cliniques et bactériologiques variés : succession chronologique de l'amygdalite et de l'éruption ; révélation possible de cette amygdalite même dans les cas, d'ailleurs très rares, où celle-ci peut être méconnue (scarlatine dite sans angine) ; existence de scarlatines sans éruption dans lesquelles l'amygdalite streptococcique et ses complications spécifient seules la maladie ; rapport de la scarlatine avec la puerpéralité ; constance du streptocoque dans l'amygdale des scarlatineux ; nature streptococcique des complications de la scarlatine : action érythémogène du streptocoque (éruptions pyohémiques, érythèmes infectieux d'origine bucco-pharyngée, etc.). Enfin, corrélation entre les amygdalites aiguës et la scarlatine en ce qui concerne la contagiosité, la durée d'incubation et les complications.

Action de l'acide lactique sur le chimisme stomacal.

MM. Gilbert et Dominici. — Nous avons étudié chez trois chiens dont l'un avait été pourvu d'une fistule gastrique, l'action de l'acide lactique sur le chimisme stomacal.

Des expériences très multipliées nous ont montré que cet acide entrave le travail de l'estomac. Son action est d'autant plus marquée que la dose en est plus élevée, et lorsque celle-ci est portée à 4 grammes le chimisme est absolument annihilé.

Les effets de l'acide lactique ne sont, d'ailleurs, que transitoires. Peu à peu, et plus ou moins tardivement, selon la dose d'acide, naissent et s'effectuent les processus normaux, si bien que, lorsque, par exemple, 4 grammes ont été administrés, le travail chimique atteint, au bout de la troisième heure, le point où le conduit en une heure la fonction physiologique.

L'emploi de l'acide lactique permet donc de réaliser une véritable bradypepsie et l'on conçoit que la thérapeutique puisse rationnellement l'utiliser dans les dyspepsies marquées par une digestion gastrique hâtive suivie d'une prompte évacuation du chyme dans l'intestin.

Hépatite expérimentale.

M. Charrin. — Je présente un foie provenant d'un lapin qui a reçu beaucoup de toxines. Macroscopiquement la surface de ce foie rappelle le foie clouté, elle est parsemée de granulations grisâtres, de consistance moyenne ; c'est l'aspect d'une cirrhose alcoolique de Laënnec.

Histologiquement, il n'y a pas de tissu scléreux, mais seulement des infiltrations embryonnaires interstitielles. Les cellules offrent des lésions variées. En somme, on retrouve reproduites, chez l'animal, les modifications de certains foies infectieux de l'homme.

M. Cassaët communique ses études sur la physiologie pathologique de la contusion cérébrale, avec déductions touchant la trépanation.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 19 décembre 1893. — Présidence de M. Périer.

Hystérectomie vaginale pour prolapsus utérin.

M. Quénu revient sur la communication faite par Lejars, dans une des dernières séances, sur le traitement du prolapsus utérin.

M. Quénu a fait des recherches complètes sur ce sujet. Il résulte que l'hystérectomie vaginale pour prolapsus de l'utérus a été faite au début contre les altérations de l'utérus procident (gangrène, etc.). Il existe 30 cas d'intervention de ce genre à l'étranger. En France, Richelot, Terrillon, Quénu, Lejars ont fait des hystérectomies contre le prolapsus. De l'étude de tous ces cas il ressort pour M. Quénu, que l'opération ne doit être faite que : 1° quand la femme a atteint la ménopause ; 2° lorsque le prolapsus est complet. On aura recours à l'hystéropexie avant la ménopause.

Les cas dans lesquels est intervenu M. Quénu se rapportent à des femmes de 50 à 55 ans, ayant des prolapsus anciens, et se plaignant de troubles de la miction, de la marche, de douleurs lombaires, de troubles digestifs. Le résultat de l'opération fut parfait et l'est encore, un an après. Au point de vue du manuel opératoire, M. Quénu insiste surtout sur la réunion des deux moignons du ligament large et la constitution d'une sangle au fond du vagin qui se rétracte bien en haut. De la sorte, l'hystérectomie vaginale pour prolapsus utérin sera une bonne opération.

Entérorraphie latérale pour anus contre nature.

M. Février (de Nancy) rapporte l'histoire d'un jeune malade, atteint d'occlusion intestinale, auquel on fit un anus contre nature. Neuf mois après on fit, mais sans succès, une entérotomie. M. Février pratiqua alors une entérorraphie latérale, qui donna un résultat parfait.

Cette opération a été faite, presque toujours, dans des cas d'anus contre nature à la suite de hernies gangrenées ; quelquefois pour une occlusion intestinale.

M. Berger a appliqué cette méthode récemment dans deux cas et a obtenu deux succès.

M. Routier a opéré, à peu près dans les mêmes conditions, un malade porteur, depuis quinze ans, de 4 ou 5 orifices fistuleux autour d'un anus contre nature.

M. Michaux conseille, comme Février, d'opérer en dehors de la zone inflammatoire.

M. Kirmisson lit un rapport sur deux observations adressées par M. Ménard (de Berck-sur-mer).

Chirurgie infantile

La première a trait à un enfant porteur de lésions multiples des os, ayant eu un évidement du calcanéum. Le 15 décembre dernier, M. Ménard fit une ablation sous-périostée du calcanéum ; le résultat fut bon au point de vue fonctionnel.

M. Kirmisson pense, comme M. Ménard, que l'ablation complète sous-périostée du calcanéum est supérieure à l'évidement de l'os, elle est plus rapide et plus sûre.

La deuxième observation est plus intéressante et montre les difficultés de diagnostic de la typhlite. Il s'agit d'une fillette de 14 ans qui fut envoyée à Berck avec le diagnostic de coxalgie. A son arrivée, on ne constata aucun signe de cette affection, ni douleurs, ni atrophie, ni attitude spéciale. Il existait de la douleur au niveau de la hanche.

Quelque temps après, en septembre 1892, des phénomènes aigus apparurent : douleurs très vives au niveau de la hanche et du bassin. M. Ménard fit une exploration sous le chloroforme et constata de l'empâtement au niveau de la fosse iliaque droite. Le soir, en palpant le ventre, on eut la sensation d'une rupture et des symptômes péritoniques graves apparurent.

M. Ménard intervint le lendemain, évacua une collection purulente abondante, par une incision faite au niveau de la fosse iliaque. L'appendice était perforé. Comme une grande quantité de pus provenait du petit bassin, que la péritonite était généralisée, M. Ménard fit une laparotomie médiane et fit un lavage complet du péritoine. Cette deuxième incision fut suturée, la première le fut seulement à la partie moyenne, aux deux extrémités furent placés des drains. La guérison fut complète, mais pendant sept à huit mois, persistèrent des douleurs, de la constipation et quelques

phénomènes aigus apparurent à plusieurs reprises, ce qui fait penser à une tuberculose du cæcum.

Cette observation est l'exemple d'une difficulté de diagnostic au début entre une inflammation de la hanche et une inflammation péricæcale. L'intervention aurait pu être plus hâtive.

M. Monod présente un malade auquel il a fait une orchidopexie.

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

Faculté de médecine de Paris.

Boursiers pour la faculté pour l'année scolaire 1893-94. — Sont nommés, pour un an, à dater du 1er novembre 1893, boursiers près la Faculté de médecine, les candidats au doctorat dont les noms suivent :

Première année. — MM. Mermier (Prosper), demi-bourse (600 fr.). Bruandet (Louis-Marie), demi-bourse. Chassin (Jean-Marie-Daniel), demi-bourse.

Deuxième année. — M. Remoussenard (Jean-Félicien-Isidore), demi-bourse.

Troisième année. — MM. Bickert dit Bigart (Raphaël-Edmond), demi-bourse. Bourgeois (Achille-Henri), demi-bourse. Bouvet (Gaston-Jean), demi-bourse. Roux (Jean-Charles), demi-bourse. Gougis (Maurice-Georges), demi-bourse. Dide (Maurice-Félix), demi-bourse. Ameline (Marius-Louis-Léon), demi-bourse.

Quatrième année — M. Weill (Emile-Ruben-Prosper) demi-bourse. MM. Sauvage (Camille), demi-bourse. Vassal (Auguste), bourse entière (1.200 fr.). Legueu (Maurice-Marie-Benjamin-Pierre), bourse entière. Guillermin (Auguste-Francisque), demi-bourse.

Cinquième année. — MM. Dujarrier (Louis-Charles), bourse entière. Pasteau (Marie-Octave-Léon-Augustin), demi-bourse. Vassal (Paul), demi-bourse. Rastouil (Alexandre-Léonard-Prosper), demi-bourse. Oppenot (Edmond-Eugène Marie), demi-bourse. Faure (Pierre-Charles-Ferrand), demi-bourse.

Limites des consignations pour examens probatoires. — 1° Les Consignations pour les examens dont désignation suit seront reçues jusqu'aux dates ci-après désignées : pour le 2e Examen de Doctorat (1re partie), jusqu'au 13 mars inclusivement; pour le 2e Examen de Doctorat (2e partie), jusqu'au mardi 10 avril inclusivement; pour le 3e Examen de Doctorat (1re partie), jusqu'au mardi 10 avril inclusivement; pour le 3e Examen de Doctorat (2e partie), jusqu'au mardi 22 mai inclusivement; pour le 4e Examen de Doctorat, jusqu'au mardi 5 juin inclusivement; pour le 5e Examen de Doctorat (1re et 2e parties), jusqu'au mardi 3 juillet inclusivement; pour les Examens de Sage-Femme, jusqu'au mardi 3 juillet inclusivement; pour les Thèses, jusqu'au mardi 10 juillet inclusivement; Officiat: pour le 1er Examen, jusqu'au mardi 13 mars inclusivement; pour le 2e Examen, jusqu'au mardi 10 avril inclusivement; pour le 3e Examen, jusqu'au mardi 3 juillet inclusivement; MM. les étudiants sont prévenus que ces dispositions seront rigoureusement appliquées. — 2° Les élèves ajournés après le 2 juin à un examen quel qu'en soit la nature, ne pourront plus se présenter avant les vacances. — Passé le 11 juillet, MM. les professeurs n'accepteront plus de présidence de Thèses, et ne signeront plus de manuscrits.

Cours de thérapeutique et de matière médicale. — M. le prof. Landouzy a commencé le cours de thérapeutique et matière médicale e vendredi 22 décembre 1893, à 4 heures de l'après-midi (petit amphithéâtre) et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants à la même heure.

Programme des cours: Méthode antiseptique : ses indications anthithermiques, physiques et chimiques.

Chronique des hopitaux.

Mutations de fin d'année. — La *Médecine Moderne* annonce pour la fin de l'année, 7 places de médecine à pourvoir dans les services des hôpitaux et 2 places de chirurgien. Il y a en effet 3 places de médecin actuellement vacantes : une à Laënnec, en remplacement du prof. Ball, décédé ; une à la Salpêtrière, en remplacement de M. le prof. Joffroy nommé professeur de clinique des maladies mentales à l'asile Ste-Anne ; une à Necker par suite du transfert à St-Antoine de la chaire de clinique médicale précédemment occupée par le prof. Peter. Trois autres places vont se trouver vacantes le 25 décembre, à Beaujon, à la Charité et la maison Dubois par suite de la retraite de MM. Guyot, Luys et Lecorché. Enfin, un deuxième service de médecine va être créé à la fin de l'année à l'hôpital d'Aubervilliers. — Quant aux 2 places de chirurgien elles se trouvent : l'une aux Enfants malades où il va être créé un deuxième service de chirurgie affecté aux chroniques, l'autre à Necker en remplacement de M. Hortelomp.

Concours de la médaille d'or. (Médecine.) — Le concours de la médaille d'or (Médecine) s'est terminé par les nominations suivantes :

Médaille d'or : M. Boix.

Medaille d'argent (ex æquo) : MM. Teissier et Veillon.

La question posée à l'épreuve écrite avait été : érysipèle de la face.

Hopital Lariboisière. — *Clinique de Laryngologie.* — M. le Dr Gougenheim commencera ses leçons cliniques des maladies de la gorge et du larynx, le dimanche 7 janvier, à 10 heures du matin, dans son service de Lariboisière, et les continuera les dimanches suivants à la même heure et au même hôpital.

Ecole du Val-de-Grâce.

M. le médecin-inspecteur Mathieu, directeur du service de santé du 15e corps d'armée est nommé directeur de l'école d'application de médecine et de pharmacie militaires à Paris.

Exercice de la médecine à Paris.

La loi du 30 novembre 1892, exécutoire depuis le 1er décembre dernier, stipule que les médecins établis à Paris doivent faire enregistrer leurs diplômes à la préfecture de police et au greffe du tribunal civil ; il y a une pénalité de 25 et 100 francs d'amende pour les contrevenants.

Nécrologie.

M le Dr Ravage (de Nantes). — M. le Dr Ista (de Ciney). — M. le Dr Germain Dupré (professeur à la Faculté de médecine de Montpellier). — M. le Dr Barré (de Rouen). — M. le Dr Dumolard (de Grenoble). — M. le Dr Eugenio Rivera y Reina, professeur de pathologie générale à la Faculté de médecine de Cadix. — M. le Dr Kaltenbach, professeur de gynécologie et d'obstétrique à la Faculté de médecine de Balle.

XIe Congrès international de médecine de Rome. (29 mars-5 avril 1893). — *Communications divers.* Il sera très facile de trouver des chambres dans les hôtels de Rome peudant la durée du Congrès, c'est-à-dire du 29 mars au 5 avril; mais les membres adhérents voyageant avec leur famille, qui désireraient retenir à l'avance des appartements, doivent dès maintenant en informer le Secrétariat général français. Prière d'indiquer le nombre et le genre de chambres que l'on désire, la durée approximative du séjour à Rome et l'époque probable de l'arrivée.

Secrétariat général, Dr Marcel Baudouin, 14, boul. St-Germain.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : **Dr F. de RANSE** — *Rédacteur en chef :* **Dr Pierre SEBILEAU**

Secrétaire de la Rédaction : **M. Em. EMERY**

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé aux Bureaux du Journal : 28, rue Vignon

FACULTÉ DE MÉDECINE

Trois leçons d'ouverture.

I

LE PROFESSEUR TILLAUX A LA CHARITÉ.

C'est par un éloge de ceux qui ont enseigné la clinique avant lui dans l'hôpital de la Charité, que le professeur Tillaux a inauguré ses leçons de 1893. Dans une de ces allocutions si simples, si intimes et si pleines de charme dont il a le secret, il a « croqué » chacun de ses illustres prédécesseurs. Et sur chaque portrait, à l'aide de quelques anecdotes piquantes, le professeur Tillaux a mis sa touche particulière.

C'est d'abord Trélat, à peine disparu, encore présent à la mémoire de tous.

Trélat était un artiste, un esprit primesautier, un merveilleux improvisateur ; au sein des assemblées scientifiques, il était incomparable ; à la Société de chirurgie et à l'Académie de médecine, il débrouillait en quelques instants les questions embrouillées. Et son discours était toujours alerte, vif, le mot frappait toujours juste. Voici une curieuse petite anecdote :

C'était après la Commune. Il y avait un jour, rue de Vaugirard, une réunion publique pour l'élection de Denfert-Rochereau. Trélat devait y prendre la parole et j'y suis allé. La séance fut tumultueuse ; j'avais à côté de moi des citoyens peu disposés en faveur du tribun ; quand Trélat commença son discours, l'un des ouvriers présents dit à son voisin : « *Attention en voilà un qui parle b..... bien ; faut pas nous laisser empaumer.* »

Boyer, le grand Boyer, occupa le premier la chaire de clinique chirurgicale de la Charité. Limousin d'origine, il arriva à Paris comme garçon barbier ; le matin il venait à l'hôpital, et c'est là qu'il apprit du frère Potentien le manuel opératoire de la fistule à l'anus. Puis les titres affluèrent ; le barbier devint, par étapes rapidement franchies, professeur à la Faculté, et le misérable d'autrefois connut la fortune et les honneurs.

Boyer fut un bon chirurgien ; son esprit aimait la clarté et la méthode ; mais il était tout à fait fermé au progrès. Il ne voulait rien entendre qui ne vînt de l'Académie royale de chirurgie ; celle-ci était alors en pleine splendeur et il était une de ses illustrations. Lui parlait-on de journaux médicaux : « *Elles sont bien inutiles ces gazettes* », répondait-il de son accent fortement empreint de terroir.

A Boyer succéda Velpeau : lui aussi, arrivé pauvre à Paris, sut, par son travail et son intelligence, s'élever au rang des grands dignitaires de la science ; mais quelque grandes qu'aient été ses qualités, il garda toujours, comme Boyer, un esprit réfractaire à tout ce qui n'était pas classique. Il fut un adversaire de ceux qui, en 1850 défendirent le microscope et l'histologie ; en 1847, il déclarait, à propos du traitement des kystes ovariens, que la laparotomie, quelques succès qu'elle ait pu donner, devait être à tout jamais bannie de la chirurgie. Mais Velpeau était un travailleur ; jamais il ne manqua de faire, le matin, sa visite hospitalière. Tous les jours, à la même heure, au même endroit, le grand chirurgien rencontrait une femme de la campagne qui allait par les rues, distribuant son lait, esclave de l'heure, comme Velpeau. Une sorte d'accoutumance avait fini par s'établir entre le savant et la laitière, et chaque matin ils échangeaient un salut.

Sous une écorce un peu rude, Gosselin cachait un esprit très vif, très fin et très ouvert ; il était déjà vieux quand la doctrine antiseptique fit son apparition ; mais il l'accepta avec empressement et la défendit avec ardeur. Que de fois lui ai-je entendu dire : « *C'est cruel de laisser la chirurgie au moment où elle va entrer dans une si brillante période !* » En thérapeutique chirurgicale, Gosselin était un novateur ; on le trouvait toujours prêt à accepter le progrès, quand il ne l'avait pas réalisé lui-même. Je me rappelle une séance de la Société de chirurgie où il proposa la laparotomie exploratrice à une époque qui ne connaissait pas encore de semblables hardiesses chirurgicales. Dans une triste cérémonie dont j'ai gardé un douloureux souvenir, à l'enterrement de la femme d'un de nos collègues, morte d'un cancer de l'utérus, Gosselin me disait : « *Mais pourquoi ne*

ui a-t-on pas enlevé la matrice? » A cette époque, on ne pratiquait pas encore l'hystérectomie vaginale.

Gosselin, qui était un grand chirurgien, était un homme bon par excellence ; il aimait ses élèves, les soutenait autant qu'il le pouvait, et quelquefois, disons-le, un peu plus qu'il ne devait. Il trouvait, en effet, des excuses pour les pires fautes. Un de ses anciens élèves qui avait créé un dispensaire de maladies d'yeux, n'avait-il pas imaginé, comme moyen de réclame, de coller des sortes de pains à cacheter de couleur différente sur le front de tous ses patients? Ceux-ci allaient ainsi, la face maculée, au travers des rues, éveillant l'attention du passant. Eh bien? Gosselin défendit son élève, et comme quelques-uns de nous parurent étonnés de cet excès de bienveillance, le maître prétendit que nous ne savions pas, après tout, « *si ce topique étrange n'agissait pas sur les vaso-moteurs.* »

PIERRE SEBILEAU.

II

LE PROFESSEUR TERRIER A LA FACULTÉ

C'est à l'histoire des pansements et de la chirurgie antiseptiques, à ses transformations successives aboutissant à l'aseptie, que le professeur Terrier a consacré son cours d'ouverture dans la chaire de médecine opératoire. Voici le résumé de cette première leçon.

Peu à peu les complications ont disparu au cours d'opérations simples, amputations et autres, jadis souvent mortelles; chaque jour la médecine opératoire se substitue à la thérapeutique médicale. Les premiers promoteurs de ces méthodes, qui firent faire à la chirurgie un si grand pas, furent un Français, M. Alphonse Guérin, et un Anglais, sir Joseph Lister.

C'est pendant le siège de Paris que M. Guérin inventa le pansement ouaté. Ce pansement était fait en dehors de la salle des malades, avec de l'ouate conservée loin des foyers d'infection et comprimée à l'aide de bandes de toile. Le but que se proposait M. Guérin était atteint, les germes de l'air ne pouvaient filtrer et arriver jusqu'à la plaie; de plus, solidement protégé, le moignon devenait insensible aux traumatismes extérieurs. La plaie qu'on n'osait pas encore réunir, se cicatrisait, avec suppuration il est vrai, mais suppuration bénigne. Dès le début, au lendemain du siège de Paris, ce pansement donna des résultats merveilleux.

Après avoir montré les avantages du pansement ouaté dont il vit la naissance, étant élève de M. Guérin, et qu'il employa lui même avec succès à la Pitié et à l'Hôtel-Dieu, M. Terrier expose l'histoire de la méthode listérienne. Son auteur fut guidé dans sa découverte par les recherches de Pasteur sur les ferments, il la modifia peu à peu et ne formula sa méthode qu'en 1871. Wolkmann et Nushaum en Allemagne, J. Boekel à Strasbourg l'adoptèrent et grâce à M. J.-Lucas-Championnière elle pénétra en France. Dès un premier voyage en Angleterre, M. Championnière fut frappé des succès de Lister et consigna ses remarques dans le *Journal de médecine et de chirurgie* ; puis, en 1876, après une seconde visite au service anglais, il publia son traité sur la chirurgie antiseptique, commença à expérimenter dans son service cette méthode nouvelle et la « révéla aux chirurgiens français, »

Ce sont là, avec une traduction de l'article de Lister dans les *Archives de médecine* de 1891 par M. Terrier, les premières tentatives pour faire adopter en France le pansement antiseptique. Malgré les critiques soulevées, les Listériens ne pouvaient que triompher. Pour le prouver, M. Terrier n'a qu'à rappeler les succès qu'il obtint à Bicêtre, puis à la Salpêtrière. De 1877 à 1879, opérant avec M. Championnière, il fit deux laparotomies pour étranglement avec 2 guérisons et 14 ovariotomies avec un seul décès. Le pansement de Lister est donc définitivement adopté, on peut réunir les plaies et avoir la cicatrisation sans pus.

Mais à mesure que la méthode se généralise, elle se modifie ; à l'acide phénique employé primitivement se substituent des antiseptiques divers : acide salicylique (Thiersch 1875), acide thymique (Lewin 1875) vite abandonnés. Mais d'autres restent. Vers 1880, on vante l'iodoforme, déjà utilisé en thérapeutique cutanée. Préconisé surtout pour les plaies en rapport avec les cavités naturelles par Moleschott (1878), et Michuliez (1882), le pansement iodoformé se répand et rend des services.

En 1882, Bergmann et Schede, Kummel emploient avec succès les solutions et les pansements au bichlorure de mercure ; et dès 1884 on voit le sublimé employé par M. Périer à l'hôpital Saint-Antoine. Cet antiseptique puissant est bientôt adopté par beaucoup de chirurgiens.

On étudie le pouvoir antiseptique des diverses subtances, leur récation, les complications qu'elles peuvent amener. Beaucoup abandonnant la méthode Lesterienne pure, choisissent avec éclectisme les antiseptiques suivant les cas; acide phénique, iodoforme, bichlorure, acide borique.

C'est à cette époque que se montre une méthode nouvelle, basée sur l'emploi en chirurgie d'instruments et de pansements aseptiques. M. Terrier insiste sur la différence entre l'antisepsie et l'asepsie que l'on a voulu trop souvent confondre,

Dans la méthode antiseptique, les instruments, les pansements sont plongés dans une solution chimique, afin de détruire les germes nuisibles. Mais ces objets présentent le double inconvénient d'être encore le véhicule de spores qui n'ont pas été atteintes et de causer sur les tissus des complications locales et générales bien étudiées par M. Brun.

Dans la méthode aseptique, tout ce qui doit approcher de la plaie a été traité à l'avance par la chaleur, et tout se trouve d'une stérilité aussi complète que le matériel bactériologiste d'un laboratoire, et d'une innocuité chimique absolue.

M. Terrier expose les différents procédés pour arriver à aseptiser les instruments. Ce sont : l'immersion dans l'eau bouillante simple; dans les solutions salines (Bergmann) dans la glycérine, dans l'huile, qui entre en ébullution au delà de 140° (Bergmann, Arloing, Tripier) ; la stérilisation par la chaleur humide (autoclave) ; et surtout l'emploi de la chaleur sèche à 140 ou 180°, proposée par Durante et Corradi, et pour laquelle le Dr Poupinel fit construire une étuve employée par M. Terrier.

Puis on étendit la stérilisation à l'eau par le filtre Chamberland et l'ébullition ; aux objets de pansements et aux fils de ligature, par la vapeur sous pression (Redard) ou par l'ébullution qui est moins efficace.

Actuellement les chirurgiens se rangent donc en chigiens antiseptiques et chirurgiens aseptiques. Cette aseptie n'est que relative, puisqu'il faut encore désinfecter la main de l'opérateur souvent souillée par des malades infectés primitivement ; mais pour M. Terrier, la méthode est d'autant meilleure que l'antisepsie est réduite au stricte minimum.

Après quelques mots sur l'influence des poussières de l'air, sur l'emploi du spray, M. Terrier insiste sur la nécessité de séparer les malades infectés et non infectés. Cette séparation, fonctionnant à l'étranger, préconisée depuis 1890 par M. Terrier, est enfin adoptée en France.

Grâce à ces méthodes, le chirurgien peut réussir avec une habileté moins grande ; de là, décentralisation chirurgicale. Et M. Terrier termine en montrant que pour ces résultats favorables, il n'est nul besoin d'établissement somptueux ; il suffit au chirurgien d'être familiarisé avec les méthodes antiseptique et aseptique.

E. MICHON.

III

LE PROFESSEUR JOFFROY A STE-ANNE

C'est par un éloge de son ancien maître le professeur Charcot, que M. Joffroy ouvre son cours. Il présente ensuite une biographie abrégée de son prédécesseur immédiat, le professeur Ball, qui a inauguré en 1877 la chaire des maladies mentales à Sainte-Anne. C'était un esprit fin, un observateur minutieux, un orateur à l'élocution claire et facile.

M. Joffroy cherche dans son cours d'ouverture à faire ressortir les progrès que l'anatomie pathologique a permis de réaliser en maladies mentales et s'efforce de montrer la voie à suivre dans cet ordre d'idées.

Après un rapide historique de la *paralysie générale*, il s'étend plus longuement sur les localisations cérébrales et surtout sur l'aphasie ou plutôt *les aphasies*. Il rappelle les mémoires multiples mises en jeu dans la parole, l'écriture ou la lecture, mémoires auditive, visuelle, motrice d'articulation et motrice d'écriture, dont on est arrivé à déterminer assez exactement les centres corticaux grâce aux travaux de Broca, de Charcot, de Pitres, de Wernicke, de Küssmaul, de Dejerine, etc., etc.

L'abolition isolée de chacune de ces mémoires est un bon exemple des *paralysies partielles* qui paraissent se rencontrer également, non seulement dans les fonctions cérébrales motrices et sensitives, mais encore dans les fonctions intellectuelles, fonctions éminemment complexes, et donner lieu aux *folies partielles*.

Si la paralysie est due à la destruction, à l'abolition fonctionnelle du système nerveux, l'irritation de ce point donne lieu, au contraire, à des contractures, à des convulsions, et la connaissance des localisations cérébrales permettra de déterminer ainsi le siège exact d'une lésion déterminant une paralysie ou de l'épilepsie jacksonnienne.

La théorie des convulsions localisées est riche en déductions utiles à la pathologie mentale. Si l'on veut bien y faire rentrer, à côté des convulsions motrices, les *convulsions sensitives*, celles-ci seront aussi nombreuses et aussi variées qu'il y a de centres différents de la sensibilité.

De même que l'épilepsie jacksonnienne est une convulsion motrice due à une activité morbide des centres moteurs, de même l'HALLUCINATION peut être considérée comme une *convulsion sensitive due à une activité morbide des centres sensitifs*. Selon le centre sensitif affecté, l'hallucination prendra donc telle ou telle forme : si c'est le centre auditif verbal qui subit une excitation pathologique, les images auditives qui surgiront donneront au malade l'impression de paroles prononcées près de lui ou en dedans de lui (langage de la pensée intérieure) ; si c'est le centre visuel verbal, il croira apercevoir des caractères imaginaires, etc , etc.

Telles sont les hallucinations les plus habituelles, les *hallucinations sensitives*, mais Séglas et Horsley ont décrit des *hallucinations motrices* procurant au malade l'illusion d'un mouvement purement imaginaire et dues à l'excitation d'un centre de sensibilité musculaire. Si, par exemple, le centre de sensibilité musculaire d'un membre est excité, le malade s'imagine mouvoir ce membre alors qu'il demeure parfaitement immobile (*hallucination motrice sans mouvement*).

Mais si cette excitation se propage au centre moteur voisin, le membre présentera des mouvements plus ou moins marqués (*hallucination motrice avec mouvement*), quoique absolument involontaires. — Par suite d'un phénomène analogue, le malade peut entendre des paroles qu'il prononce réellement sans en avoir conscience. Il en est de même des hallucinations de la vue, de l'ouïe, et de tous les centres sensitifs.

Si les hallucinations retentissent parfois sur les centres moteurs, sensitifs ou psychiques, le contraire s'observe de même et l'on comprend dès lors que le délire puisse engendrer des hallucinations qui seront cause du délire.

Après avoir ainsi tenté d'expliquer par l'irritation des divers centres sensitifs les formes diverses des hallucinations, M. Joffroy passe rapidement sur le *délire des persécutions* et termine son cours par quelques mots sur les rapports qui existent entre la *criminalité* et l'aliénation mentale, en rappelant combien il y a peu de temps que l'on admet l'irresponsabilité dans les folies partielles et combien cette question, toujours à l'étude, demande d'observations attentives et de patientes recherches avant de sortir complètement de l'obscurité dans laquelle elle est encore plongée. Mais, dit-il, grâce aux découvertes effectuées chaque jour dans le domaine des localisations cérébrales, la marche à suivre s'éclaire de plus en plus, et ce siècle, qui a commencé à arracher les maladies mentales à la philosophie, finira par le faire rentrer complètement dans le domaine de l'anatomie pathologique.

Tel est le résumé rapide du cours d'ouverture de M. le prof. Joffroy. Comme on le voit, il insiste particulièrement sur les notions que nous possédons des localisations cérébrales, cherchant à étendre cette théorie des localisations non seulement aux fonctions motrices et primitives du cerveau, mais encore aux fonctions intellectuelles.

Elève de la Salpêtrière, habitué à se fier aux données anatomiques plutôt qu'aux spéculations philosophiques, le professeur Joffroy arrivera, nous les souhaitons, à faire rentrer les maladies mentales dans le cadre de l'anatomie pathologique, en faisant pour les autres vésanies ce que Bayle, Parchappe, Baillarger, Magnan, Zacher, Krouthal, Tuczek et Klippel ont fait pour la paralysie générale.

D. DURANTE.

CLINIQUE SYPHILIGRAPHIQUE

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. LE PROFESSEUR FOURNIER

Le tertiarisme précoce

(Suite) (1).

VII

Arrivons maintenant, Messieurs, au groupe d'accidents qui marchent en deuxième ligne comme manifestations du tertiarisme précoce.

Ce groupe est constitué par les déterminations morbides intéressant le système nerveux.

Notons-en d'abord la fréquence. Voyez! 69 cas d'affections nerveuses sur 202 accidents de tout ordre, 69 cas d'affections nerveuses sur 158 malades!

Et considérez surtout combien ce chiffre est supérieur à celui de toutes les autres manifestations qui composent le tertiarisme précoce. La plus commune de ces manifestations après les accidents nerveux est celle des affections osseuses qui figure dans la statistique pour le chiffre de 14. De 14 à 69, voyez l'énorme écart!

Si bien qu'en résumé on peut dire : Il est deux ordres de manifestations qui constituent par excellence la modalité symptomatique du tertiarisme précoce, à savoir :

Les manifestations cutanées ;

Et, après elles, les manifestations nerveuses.

Toutes les autres comme fréquence ne viennent qu'à une distance considérable.

Arrêtons-nous donc avec détail sur ces manifestations nerveuses comme nous l'avons fait pour celles du système tégumentaire, puisqu'elles figurent pour une si large part au bilan des symptômes du tertiarisme précoce.

Quelles localisations affectent d'abord ces manifestations nerveuses ?

Voici les résultats que m'a fournis ma statistique :

Symptômes intéressant	les troncs nerveux......	9 cas.
—	la moelle..............	18 —
—	le cerveau.............	39 —
—	le cerveau et la moelle..	2 —
Symptômes non localisables	....	1 —

Disons donc, en chiffres ronds, pour la facilité du souvenir :

Localisations sur	les nerfs....	10 cas.
—	la moelle...	20 —
—	le cerveau...	40 —

C'est dire, en d'autres termes, que les localisations sur les nerfs, la moelle et le cerveau sont entre elles dans le rapport des chiffres 1-2-4.

Eh bien, avant d'aller plus loin, avant d'entrer dans l'analyse des faits, plaçons ici une remarque.

De ce qui précède il résulte donc, d'abord, que le système nerveux est un des deux systèmes organiques les plus éprouvés par le tertiarisme précoce ; et, en second lieu, que, des divers départements du système nerveux, c'est le cerveau qui est le plus souvent affecté par lui.

Voilà donc le cerveau constitué comme le siège d'une des localisations les plus communes du tertiarisme précoce.

Or, je dis que ce résultat n'est rien moins qu'une *révolution* dans les idées par rapport à ce qu'on croyait autrefois et à ce qu'on est amené à croire aujourd'hui de par les statistiques, de par l'observation, dont les statistiques ne sont que l'expression condensée. Voyez l'opposition.

Autrefois, d'abord, on croyait peu aux affections cérébrales syphilitiques que l'on considérait comme très rares, que l'on rapportait vaguement à des résultats indirects, médiats, à de prétendues exostoses crâniennes. Puis et surtout, on n'admettait la syphilis cérébrale qu'au titre de manifestation d'une syphilis ancienne, à nombreux chevrons. Et voilà qu'aujourd'hui, on admet l'existence, voire la rencontre, avec une certaine fréquence, de cette syphilis cérébrale au seuil même de la vérole, dans sa première année ! Quelle opposition dans les idées, et, je répète le mot qui n'a rien d'exagéré, quelle révolution !

Eh bien, comment s'est-elle faite cette révolution ?

Tout naturellement et par la marche des choses, de par cette force irrésistible dont je vous parlais à l'instant, l'observation.

D'abord, on a vu et publié un certain nombre de cas isolés, relatifs à des accidents nerveux observés chez les syphilitiques dans les premiers temps de la syphilis et concernant des localisations vers le cerveau, la moelle, les nerfs.

Puis, on en a publié d'autres, d'autres encore.

Puis sont venus des travaux d'ensemble, établissant l'apparition possible et même assez fréquente, relativement, de manifestations nerveuses dans les premières années de la syphilis, voire dans la première année, voire dans le premier semestre de cette première année, voire aux 5e, 4e, 3e mois.

Tels ont été, par exemple, à n'en citer que quelques-uns :

Le travail d'un de mes élèves, le regretté Dr H. Gaudichier, sur l'échéance des accidents cérébraux de la syphilis et, en particulier, sur la syphilis cérébrale précoce (1886) ;

Le travail de MM. Gilbert et Lion sur la syphilis médullaire précoce. (*Arch. gén. de méd.*, 1889) ;

Le travail de M. le Dr Boulloche sur les paraplégies d'origine syphilitique (1891) ;

Et tant d'autres que j'oublie, parce que je n'ai pas à faire ici de bibliographie spéciale.

Si bien que, devant cette nombreuse série de faits, l'opinion ancienne a littéralement sombré ; elle n'est plus soutenable. Et il est définitivement acquis que la syphilis peut se traduire dès son jeune âge, dès sa première année, par des accidents tertiaires du système nerveux, de même qu'elle se traduit à la peau, en semblable condition, par des accidents de cet ordre.

VIII

Cela dit, voyons maintenant d'une façon rapide quelles sont ces manifestations du tertiarisme précoce du côté du système nerveux.

Elles sont de trois ordres, ai-je déjà précisé :

I. — Parlons d'abord des localisations du tertiarisme précoce sur les cordons nerveux.

Celles-ci offrent quatre types principaux :

2 intéressant des nerfs moteurs { facial. / paires motrices oculaires.

(1) Voir *Gazette médicale*, nos 49, 50 et 51, 1893.

2 intéressant des nerfs de sensibilité spéciale { optique. / auditif.

L'hémiplégie faciale d'ordre périphérique (j'entends intéressant le facial supérieur et inférieur) n'est pas très rare dans la première année de la syphilis.

Elle est même parfois remarquablement précoce. On l'a observée au 6e, 5e mois.

D'autres fois, ce qu'on observe est une paralysie motrice oculaire affectant soit la 6e, soit la 3e paire.

Ces deux ordres d'accidents n'ont pas de gravité en général et cèdent au traitement spécifique.

Bien autrement sérieuses, au contraire, d'une façon habituelle tout au moins, sont les manifestations du tertiarisme précoce du côté du nerf optique et du nerf auditif.

Des névrites optiques ont été observées plus d'une fois au cours de la première année et ont abouti en certains cas à l'atrophie du nerf.

Exemple :

Un de mes clients de la ville prend un chancre en mai 1875, lequel est suivi de quelques accidents secondaires. Il se traite à peine. Dix mois plus tard, la vue commence à s'affaiblir et décline rapidement. M. le Dr Galezowski et moi sommes appelés à examiner le malade quelques mois après et nous constatons ceci :

Une atrophie de la papille en voie d'évolution à gauche et déjà presque complète à droite.

De même, le nerf auditif peut être affecté et, cela, soit isolément, soit en coïncidence avec le facial. De là des cophoses toujours sérieuses et quelquefois persistantes.

Ajoutons qu'on a observé parfois dès la période secondaire cette variété de surdité syphilitique mystérieuse comme pathogénie mais effroyable comme résultats à laquelle (faute d'une meilleure dénomination) on a donné le nom de *surdité foudroyante des syphilitiques* ; surdité qui s'établit brusquement, se confirme et se complète en quelques semaines, voire en quelques jours, pour rester ensuite indéfiniment rebelle à tout traitement.

Nous avons eu ici, il y a quelques années, un navrant exemple de cette entité pathologique si extraordinaire et si spéciale sur une jeune fille de 25 ans qui, au 5e mois d'une syphilis d'ailleurs bénigne, fut affectée d'une surdité de cet ordre. Cette surdité, bien que traitée le plus énergiquement possible, persista opiniâtrement et, quatre ans plus tard, subsistait au même degré, c'est-à-dire d'une façon dès lors irrémédiable. (Vous trouverez les détails de cette curieuse observation dans le livre de M. le Dr Hermet sur les maladies de l'oreille, p. 263.)

(*A suivre.*) Dr P. PORTALIER.

CRITIQUE MÉDICALE

De l'ostéomyélite typhique.

MM. Chantemesse et Widal ont présenté récemment à la Société médicale des hôpitaux un travail original et fort intéressant sur les abcès froids ossifluents consécutifs à la fièvre typhoïde. On sait que les suppurations, de siège très divers, qui se développent dans le cours ou pendant la convalescence de la dotiénentérie sont tantôt banales, engendrées par les microbes pyogènes vulgaires, tantôt véritablement spécifiques et dues uniquement au bacille typhique ou bacille d'Eberth; qu'enfin ces suppurations spécifiques affectent de préférence les séreuses et le tissu osseux.

Les recherches de MM. Chantemesse et Widal ont apporté à l'étude de cette question cette notion nouvelle que les foyers de suppuration osseuse post-typhoïdiques peuvent évoluer lentement, sans fièvre, sans grande réaction locale pendant des mois et des années sous les apparences d'une ostéopathie à marche torpide simulant tout à fait par ses formes cliniques les abcès froids tuberculeux. Parmi les 14 exemples de ces suppurations d'origine osseuse qui ont été réunis par ces auteurs, une de leurs observations personnelles est particulièrement démonstrative.

Il s'agissait d'un homme âgé de 29 ans et qui présenta à la suite d'une fièvre typhoïde (avec rechute) des foyers de suppurations multiples ayant leur point de départ dans les os des mains, le cubitus et les tibias. Incisés, ces foyers restèrent longtemps fistuleux et l'examen bactériologique du pus y montra la présence du bacille d'Eberth à l'état de pureté. Voici quels seraient les traits principaux de cette ostéomyélite spécifique post-typhoïdique.

L'affection est à peu près également fréquente chez l'homme et chez la femme. L'âge du sujet et la forme de la fièvre typhoïde sont des éléments de prédisposition importants. C'est surtout chez les adolescents et à la suite des formes prolongées de la fièvre typhoïde qu'on la voit se développer. Bien qu'elle puisse débuter exceptionnellement il est vrai, dans le cours de la fièvre typhoïde, elle apparaît d'ordinaire dans le cours des premières semaines qui suivent la défervescence. C'est un accident de la convalescence. Elle se localise presque toujours sur les os longs et en général au niveau de leur diaphyse. Le tibia est « l'os privilégié». C'est sous le périoste et dans les couches superficielles de la substance compacte que la lésion se continue. Des douleurs parfois violentes et revenant par accès, rappelant les douleurs ostéocopes de la syphilis, l'apparition lente d'une collection purulente de volume variable sans réaction locale inflammatoire bien vive, un trajet fistuleux persistant longtemps après l'incision et qui le plus souvent ne se cicatrise qu'après suppression du foyer osseux telles sont les principales étapes du mal. Tels sont les caractères que revêt habituellement cette ostéomyélite particulière, manifestation véritablement spécifique de la dothiénentérie pouvant simuler à s'y méprendre, les exostoses de la syphilis ou les suppurations froides de la tuberculose.

A. DUTIL.

MÉDECINE OPÉRATOIRE

Etablir un anus contre nature

Suite et fin (1).

III

C'est une affaire d'incurabilité ou de presse.

L'anus artificiel temporaire. — C'est l'entérotomie de Nélaton. L'S iliaque est donc là, au milieu de votre plaie ; le soulevant délicatement avec une pince à dents de souris, fixez-le aux deux angles de votre plaie avec deux soies fines accrochées à une aiguille courbe ou à l'aiguille de Reverdin

(1) Voir le numéro précédent.

(petit modèle). Pour l'intestin, passez l'aiguille dans l'épaisseur des parois, laissez la muqueuse intacte et n'entrez pas dans la cavité, car cela souillerait le péritoine; pour la paroi abdominale, embrochez tout, peau, muscles, aponévrose, séreuse pariétale. Dans l'angle supérieur, marchez de la peau vers l'intestin; dans l'angle inférieur, marchez de l'intestin vers la peau, cela est plus commode. Nouez chacun de ces deux fils. Maintenant, l'intestin est bridé; il ne peut plus vous échapper. Sur la lèvre supérieure et sur la lèvre inférieure, faites une collerette de points de suture très-rapprochés (2 millimètres), qui tous traverseront la paroi abdominale et la paroi intestinale comme les deux premiers les ont traversées; en haut, commencez par le ventre, finissez par l'intestin; en bas, commencez par l'intestin, finissez par le ventre. Veillez bien à ce que, sur chaque lèvre de la collerette, il n'y ait pas de fils *qui sortent du rang*; alignez-les, et n'oubliez pas de laisser entre les deux rangées assez de paroi intestinale pour pouvoir inciser. Jetez un coup d'œil; la suture est parfaite, l'intestin est bien collé contre le péritoine, il n'y a pas de jour entre les fils. Si vous n'avez pas la main forcée par les accidents, attendez; vous ouvrirez demain, ou après. Votre malade est en danger; incisez de suite, dans l'axe de la plaie, la paroi intestinale au thermocautère, nettoyez et pensez. Glycérinez et vaselinez la peau tout autour de la plaie; cela la préservera contre l'érythème stercoral.

IV

L'anus permanent extemporané. — C'est l'opération de Verneuil. Tirez sur l'intestin iliaque; il sort et bombe au travers de l'entaille des parois abdominales; derrière lui, voyez bien le méso qui le bride et tire en arrière. Tandis que votre main gauche maintient le premier au dehors du ventre, de la main droite, aux angles de la plaie, transfixez le second (en ménageant ses vaisseaux qui, d'habitude, transparaissent quand il n'y a pas trop de graisse) avec deux sondes cannelées que vous laissez prendre point d'appui par toute leur longueur sur la paroi du ventre. La porte est fermée pour l'S iliaque désormais *emprisonné* en dehors de l'abdomen. Vous venez de l'*ansifier;* vous allez maintenant, tout à votre aise, pouvoir le fixer au péritoine pariétal en *éperonnant.* En éperonnant! C'est-à-dire qu'en raison de la quantité d'intestin que vous avez *extrait*, cet intestin s'est coudé, et que les parois postérieures des deux branches de l'anse vont s'accoler l'une à l'autre pour former une barrière, un promontoire, un *éperon* qui empêchera toute communication entre le bout supérieur et le bout inférieur. Suturez donc maintenant, et pour cela, suivez très exactement toutes les recommandations que je vous ai faites plus haut à propos de l'entérotomie simple. Mais ici, faites entrer vos fils dans l'intestin près de l'insertion du méso, très en arrière, de façon à laisser libre, entre les deux lèvres de la collerette suturale, *presque toute* la circonférence de l'intestin. Ils sont difficiles à bien placer, ces fils; cette anse qui flotte au dehors du ventre, est flasque et mobile, et l'alignement des soies qui traversent ses parois n'est pas commode; aussi, chaque fois que vous embrochez l'intestin, soutenez-le fixe et ferme avec une bonne pince à dents. En arrière, la graisse est quelquefois abondante; elle gêne l'exploration et rend plus difficile l'introduction de l'aiguille au bon endroit. Je vous dis tout cela pour que vous redoubliez d'attention; ne plongez jamais votre aiguille avant d'avoir bien vu la ligne des fils déjà passés. Et surtout, ne liez jamais au fur et à mesure; confiez aux mors d'une pince hémostatique les deux extrémités de chaque soie. Quand vous aurez fini, vous verrez bien ceux qui s'accommodent mal avec les autres, ceux qui font *froncer* la paroi de l'intestin et vous les remplacerez. Il faut que la coaptation entre la séreuse viscérale et la séreuse pariétale soit parfaite et totale. Rappelez-vous bien ce que je vous dis : cela est difficile à bien faire... Et puis? Et puis, avec le thermocautère, excisez, enlevez sur la paroi de l'intestin qui bombe au-dessus des téguments, un beau quartier d'orange. Attention : n'allez pas au moins couper trop près de vos fils; vous les brûleriez, tout lâcherait et les matières fécales feraient irruption dans le péritoine. Laissez trois millimètres. Au reste, si rien ne presse, attendez deux ou trois jours avant d'ouvrir. Introduisez votre petit doigt dans le bout supérieur et dans le bout inférieur, pour bien vérifier la direction des deux canons du fusil; ne sondez pas et n'irriguez pas. Lavez la plaie, pansez au bismuth; appliquez une bonne couche d'ouate faisant un peu pression pour parer à l'effort abdominal du vomissement.

V

L'anus permanent en deux temps. — C'est l'opération de Maydl-Reclus. Herniez donc votre anse intestinale; tandis que votre main gauche la soutient et l'embrasse, embrochez derrière elle le mésentère avec une pince hémostatique fermée que vous allez retirer après avoir confié à l'entrebâillement de ses mors une bougie en gomme élastique assez résistante, ayant préalablement séjourné dans une solution antiseptique. Tranchez les deux extrémités de cette bougie qui est un peu longue (laissez-lui de 15 à 20 centimètres); *sous elle*, glissez un peu de gaze iodoformée pour protéger la peau contre la pression; *sur elle*, collodionnez des bandelettes de tarlatane pour en fixer les deux extrémités. Lavez, pansez humide, ou bien vaselinez abondamment pour empêcher l'adhérence de la gaze à la surface de l'intestin. Dix centigr. d'extrait d'opium par vingt-quatre heures. Voilà le *premier temps*. Le huitième jour, enlevez le pansement; comme je vous ai déjà montré à le faire, excisez sur la partie proéminente de l'anse intestinale un beau *quartier d'orange*, et enlevez la broche de soutien; ou bien, si vous préférez, réséquez délibérément tout ce qui fait saillie par une incision transversale passant au-dessus de la tige, puisque vous n'avez plus rien à craindre, car les adhérences sont établies. Pansez. Voilà le *second temps*. D'habitude, les matières fécales sont évacuées, dès le premier ou dès le second jour, par l'orifice de l'anus artificiel; ne vous effrayez pas cependant si pendant une demi-semaine rien ne s'écoule; cela est fréquent; restez dans l'expectation. N'est-il rien sorti au bout de six à sept jours? Avec le petit doigt, allez alors explorer le bout stomacal de l'intestin, et constatez qu'il contient des matières fécales durcies; donnez un lavement ventral avec de l'huile et bientôt la débâcle surviendra. Cela ne suffit pas? Alors, avec précautions, allez du bout de votre doigt recourbé en crochet, retirer les premières cybales dures qui forment tampon. Il sera sage aussi, si le segment inférieur ne se

vide pas bien, d'introduire dans l'anus une longue canule et de pratiquer par elle une bonne irrigation.

Après la débâcle, les évacuations deviennent régulières ; que le pourtour de l'orifice et l'orifice lui-même soient bien nettoyés et lavés ; pansez avec le bismuth. Méfiez-vous de la constipation qui obstrue, et de la diarrhée qui irrite. Surveillez le régime alimentaire. Devenez médecins après avoir fait de la chirurgie.

Pierre Sebileau.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Chloroformisation des épileptiques pour intervention chirurgicale.

Un épileptique, à l'occasion d'une crise convulsive, d'un vertige ou d'une autre cause quelconque, se fait une fracture, une luxation ou une plaie, nécessitant une intervention chirurgicale immédiate. L'état d'agitation, existant ou à craindre, fait, sur-le-champ, poser la question suivante : doit-on donner du chloroforme ?

Depuis longtemps ce sujet est à l'étude et l'accord n'est point absolument fait sur les avantages et les dangers de l'anesthésie chloroformique chez les épileptiques.

Cependant chaque fois qu'il est urgent d'intervenir et d'intervenir rapidement surtout, il ne faut point hésiter. Les indications et les contre-indications sont ici ce qu'elles sont ailleurs ; on tiendra compte de l'âge du malade et de l'état de tous ses organes. D'une façon générale, chez un épileptique jeune, sans lésion organique du cœur ou du poumon, il y a intérêt à employer dès le début le chloroforme à doses massives, ou le bromure d'éthyle suivi du chloroforme ; chez un épileptique déjà vieux ou atteint de bronchite, etc., on donnera l'anesthésique lentement, d'une façon graduelle et continue. Toujours il faut surveiller attentivement la respiration, avoir sous la main la pince à langue et en un mot, être prêt à combattre les phénomènes d'asphyxie. De plus, ce qui est peut-être un peu spécial, on aura toujours soin de s'entourer d'aides assez nombreux et habitués pour maintenir, au besoin, le malade et qui resteront auprès de lui jusqu'au moment du réveil complet. En effet, si le sommeil survient habituellement avec rapidité, s'il se maintient facilement avec des doses faibles de chloroforme, le réveil est lent et parfois s'accompagne d'une attaque convulsive.

Deux cas peuvent se présenter : 1° Le malade est en état de mal. On sait que le chloroforme a été employé et parfois avec succès, contre l'attaque elle-même. Sans aller jusqu'à prétendre qu'il y ait là un moyen de guérison de l'épilepsie ou même un procédé thérapeutique fidèle, il ne faut pas non plus attribuer au chloroforme des accidents (syncope, asphyxie) qui doivent être mis sur le compte de l'opérateur ou rattachés à l'état de mal lui-même. Donc, avec tous les soins nécessaires, on pratiquera l'anesthésie comme il est dit plus haut.

2° Le malade est dans une période de calme. Ici tout se passe comme chez un sujet sain. A part la possibilité d'une attaque au réveil, dont on aura prévenu l'assistance et contre laquelle on aura pris les précautions indiquées, aucune complication spéciale n'est à redouter.

A. Guépin.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 20 décembre 1893. — Présidence de M. Laboulbène.

Election d'un membre titulaire :

M. Laveran élu : 59 voix sur 79.

Des méprises que l'on peut commettre dans le diagnostic entre les maladies de l'intestin et celles de l'estomac.

M. G. Sée lit sur ce sujet un travail dont voici le résumé : un tiers des malades soignés pour dilatation d'estomac ou dyspepsie n'ont aucun signe réel de ces affections — Leur maladie est une entérite muco-membraneuse du colon, le symptôme caractéristique est l'expulsion avec les matières fécales de masses glaireuses rubanées ou cylindroïdes.

Cette affection a pour cause la constipation, quelle qu'en soit l'origine.

Le traitement à appliquer consistera à évacuer l'intestin par les moyens mécaniques surtout l'huile d'olive en proscrivant les purgatifs, à calmer les douleur avec les bromures, l'opium, les haschisch ; à atténuer les fermentations,

Les aliments seront pris à la ration normale, etc. ils consisteront surtout en viandes fortes.

Les eaux gazeuses et l'alcool seront proscrits.

De la thoraco-pneumoplastie dans les affections chirurgicales de la plèvre et du poumon.

M. H. Delagenière (du Mans). — Les opérations faites sur la plèvre et le poumon ont eu pour but d'amener le retrait de la paroi thoracique vers le poumon retracté.

Telles sont les opérations d'Estlander, Bœkel, Berger, Bouilly, celle d'Ollier, celle de Quénu.

Pour M. Delagenière la réparation se fait aux dépens du poumon et non de la paroi, aussi son but est-il d'évacuer définitivement le contenu de la plèvre pour transformer la cavité pleurale anfractueuse en une cavité régulière et facile à combler. Pour obtenir ce résultat, il résèque les 6e, 7e, 8e et 9e côtes dans presque toute leur étendue, et à leur niveau draine le cul-de-sac costo-diaphragmatique. Dans le cas de lésion pulmonaire du lobe supérieur concomitante, il emploie le même procédé en traitant d'abord et à part la lésion pulmonaire par le chemin le plus court. Six malades ainsi traités ont guéri sans présenter de fistule.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 23 décembre 1893. — Présidence de M. Chauveau.

Action toxique du sang de différents animaux.

M. Nocard présente les conclusions d'expérience de MM. Leclainche et Rémond (de Toulouse.)

Les essais ont été faits sur des lapins gris : les injections furent faites à la dose de 10 cc. de liquide par minute suivant la méthode de M. Bouchard.

Ils ont constaté que les diverses parties du sang n'ont pas la même toxicité.

Voici ce qu'on observe en injectant des liquides provenant d'un animal sain. Le sérum a une toxicité variable suivant l'espèce animale, il est toujours moins toxique que les produits de trituration du caillot. Le mélange de sérum et de caillot a une toxicité intermédiaire à celle des deux éléments mélangés. Si on injecte du sang défibriné, on constate que la toxicité est moindre que celle du mélange : il semble donc en résulter que la coagulation a pour résultat la mise en liberté de substances toxiques qui sont emprisonnées dans le caillot.

A l'état pathologique, les éléments du sang ont une toxicité va-

riable, ainsi, chez un cheval morveux et inoculé avec la malléine, pendant la réaction fébrile, le sang augmentait de toxicité. Dans les maladies cachectisantes, l'anémie des mentes par exemple, la toxicité s'est montrée très faible.

M. HAYEM considère les résultats d'injection de sang non comme des faits de toxicité, mais comme des phénomènes de physiologie pathologique, aussi bien si l'animal est malade que s'il est sain : ainsi qu'il l'a expérimenté, les troubles sont dus à une coagulation chez l'animal en expérience.

Influence sur le nombre des leucocytes de certaines substances injectées dans le sang.

MM. RICHET ET HÉRICOURT, dans une communication antérieure, ont relaté les résultats obtenus en injectant dans le sang des animaux des bouillons de culture de bacilles tuberculeux stérilisés et privés de microbes. Ils avaient constaté alors la diminution des globules blancs du sang pendant une période passagère.

Reprenant leurs expériences, ils ont pu constater que du bouillon analogue à celui qui avait servi aux cultures, mais stérile et n'ayant servi à aucune culture, injecté dans le sang, amenait les mêmes résultats. Ce ne sont donc pas les toxines qui sont en cause. Aucun des éléments du bouillon injecté isolément n'a d'autre part amené ce résultat.

Aussi poursuivent-ils leurs recherches dans le but de connaître la substance indéterminée du bouillon qui produit ce phénomène.

Pour savoir ce que deviennent les leucocytes pendant cette période très courte, ils ont examiné la rate, le foie, sans résultat.

L'hypothèse qu'admet M. Richet est un accolement des leucocytes aux parois des vaisseaux laissant la circulation des hématies libre.

Ulcère gastrique expérimental par toxine diphtéritique.

MM. HENRIQUEZ ET HALLION. — Dans 10 expériences portant sur 8 cobayes et 2 chiens, ils ont trouvé 9 fois sur 10 des lésions stomacales allant le plus souvent jusqu'à l'ulcération.

Aussi pensent-ils à rapprocher ces cas d'ulcère d'origine toxique des cas d'ulcère rond infectieux de cause microbienne, de Cornil et Chauffard, Letulle et Widal, etc. Il y aurait ainsi une sorte de fusion entre la théorie vasculaire de Virchow, et la théorie infectieuse de M. Letulle.

Les agents physiques et les microbes.

MM. d'ARSONVAL et CHARRIN ont expérimenté l'effet de l'ozone sur les microbes. L'ozone supprime le pouvoir chromogène du bacille pyocyanique en vingt, vingt-cinq minutes, mais son pouvoir bactéricide est très limité.

L'oospora guignardi s'est montré beaucoup plus sensible.

Influence des milieux sur l'évolution et la virulence des microbes.

MM. DISSARD et CHARRIN. — En modifiant par l'addition de corps différents le milieu de culture du bacille pyocyanique, ils ont constaté que le bacille pyocyanique se nourrit surtout de produits azotés, il fait fermenter le glucose, agit sur le glycogène, se développe mal dans l'urée.

Tous ces résultats montrent que le seul fait de l'habitation chez l'homme, du bacille pyocyanique, est un danger du fait de sa nutrition.

Angiocholite et cholécystite typhiques expérimentales.

MM. A. GILBERT et DOMINICI ont déterminé expérimentalement des lésions de la vésicule et des canaux biliaires par injection du bacille d'Eberth dans le canal cholédoque par le procédé de M. Roger. Le foie était même atteint, en plusieurs points, de nécrobiose.

Influence du refroidissement de la peau sur la circulation rénale.

M. WERTHEIMER, de Lille, a constaté que contrairement aux idées admises, le rein subissait plutôt une rétraction sous l'influence du refroidissement périphérique.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 22 décembre 1893. — Présidence de M. FERNET.

Pathogénie et prophylaxie du rein mobile.

M. LEGENDRE. - La théorie de M. Bouchard sur la pathogénie du rein mobile reste vraie, il est le résultat de congestions répétées du foie chez les dilatés, surtout lorsqu'un corset empêche son développement sous la paroi-thoracique, mais les causes mécaniques (chute, secousse), font souvent du rein simplement abaissé, un rein mobile.

La cause vraie semble être le défaut de résistance des parois abdominales. D'autres fois l'hépatomégalie, l'amaigrissement rapide, le météorisme répété des hystériques donnent la raison du rein mobile.

Il découle de ces notions que le traitement du rein mobile doit être surtout prophylactique et consister en amélioration de l'état gastrique, suppression du corset, port d'une ceinture abdominale élastique.

M. F. GLÉNARD revient sur la méthode formulée par lui pour l'examen du rein mobile et la classification en quatre variétés ou degrés qu'il a proposée.

Il insiste sur la théorie de l'entéroptose, élément principal de la pathogénie du rein mobile.

M. A. MATHIEU repousse également les théories de MM. Legendre et F. Glénard; pour lui plusieurs des symptômes de l'entéroptose de M. Glénard sont simplement le fait du rein mobile en l'absence de tout déplacement intestinal.

Ulcérations de la langue.

M. BARIÉ présente l'observation d'un malade atteint d'ulcération tuberculeuse des bords de la langue chez un malade n'ayant que peu de lésion pulmonaire.

Aphasie pneumonique passagère.

M. CHANTEMESSE a constaté dans plusieurs cas des phénomènes de paralysie avec aphasie dès le 2e ou 3e jour d'une pneumonie.

L'évolution de l'aphasie pneumonique prouve l'altération de la région frontale des circonvolutions provoquée probablement par les toxines.

Les cas d'aphasie constatés ont coïncidé avec des pneumonies du côté droit.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 27 décembre 1893. — Présidence de M. PÉRIER.

Elections

M. Lucas-Championnière, président.

M. Th. Anger, vice-président.

Rate déplacée de la fosse iliaque droite; splénectomie.

M. MONOD lit une note de M. HEURTEAUX (de Nantes).

Il s'agit d'une jeune fille qui portait une tumeur dans la fosse iliaque droite au sujet de laquelle les diagnostics les plus divers ont été portés. La laparotomie nécessitée par des accès de péritonite répétés a montré qu'on avait affaire à la rate. Celle-ci avait subi en tombant une rotation de 3/4 de cercle, laissant sa face antérieure en arrière et transportant son bord droit à gauche. L'extrémité supérieure était devenue inférieure. La rate adhérait au pourtour de l'épiploon et à 2 anses d'intestin grêle.

La splénectomie fut pratiquée; la malade, fort débile, succomba et on ne trouva à l'autopsie qu'une péritonite très localisée.

M. Heurteaux fait suivre son observation de réflexions sur la rareté des cas. On aurait peut-être pu faire le diagnostic grâce à la sensation d'un bord mousse sur la tumeur.

Il compare la tumeur aux kystes ovariques dont les pédicules dans leur torsion, amènent des symptômes analogues.

Hernie musculaire et rupture musculaire. Ostéome des cavaliers.

M. Berger. — A propos des communications faites à la dernière séance par M. Michaux, présente quelques faits relatifs à la pathogénie de l'ostéome du cavalier.

Plusieurs observations, dont deux personnelles, lui ont montré qu'à la suite d'efforts violents de la cuisse, il pouvait apparaître dans la région tout à fait supérieure des adducteurs de petites tumeurs dures, transversales, et cela en moins d'un mois, trois jours, dans une des observations.

La pathogénie, généralement admise pour ces tumeurs qui sont les ostéomes des cavaliers, est généralement la myosite ossifiante

Mais si cette théorie peut s'appliquer aux cas où l'osteome apparaît lentement et progressivement et aux cas où il est bilatéral et symétrique, il semble bien que pour certains ostéomes de la région supérieure des adducteurs, on doive admettre un arrachement osseux ou périostique de la branche ischio pubienne. Dans ces cas l'os, ou le périoste fournissent le premier élément de l'ostéome. Ce sont des cas où l'ablation est contre indiquée et où le repos est suffisant.

M. Delorme annonce pour la prochaine séance la présentation d'une pièce présentant une ossification du moyen adducteur sur une longeur de 19 centimètres faisant corps avec le fémur.

Pour lui, et d'après les expériences faites sur le lapin, la hernie musculaire ne serait pas caractérisée par l'existence d'une saillie pendant la contraction active. Bien au contraire, la saillie n'existe qu'au repos et dans les muscles à aponévrose épaisse.

M. Gérard Marchand a opéré un malade porteur d'une hernie musculaire sans résultat. Trélat avait déjà opéré ce malade.

M. Michaux rappelle que M. Farabeuf assigne pour caractère à la hernie musculaire :

1° de disparaître par distension passive ;

2° de disparaître par la contraction empêchée ;

3° de gonfler par la contraction active.

Il conclut de ses recherches et de la discussion qu'elles ont amenée, que la hernie musculaire bien que rare, existe et que le cas qu'il a signalé appartient à cette catégorie.

M. Picqué au nom de M. Gougenheim présente un malade trachéotomisé; il y a un an il ent un rétrécissement du larynx qu'on dilata. La fistule qui suivit l'ablation de la canule fut traitée par autoplastie, par M. Berger. La guérison est parfaite, mais le malade a conservé de la dysphonie.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE
ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séance du 14 décembre 1893. — Présidence de M. Besnier.

Varices lymphatiques de la muqueuse labiale consécutives à des érysipèles à répétition.

MM. Tenneson et J. Darier. Il s'agit d'une jeune fille de 19 ans, qui depuis l'âge de 7 ans a eu une série d'érysipèles de la face ne provoquant pas de grandes réactions fébriles. A leur suite, la malade a vu se développer un œdème lymphatique permanent de la joue droite avec gonflement de la paupière inférieure et épaississement des lèvres, c'est-à-dire un véritable *éléphantiasis*. En outre, depuis le dernier érysipèle, ont apparu sur la muqueuse des deux lèvres et sur la partie avoisinante des muqueuses géniennes un grand nombre de *vésicules transparentes enchâssées dans la muqueuse*, de la grosseur d'une tête d'épingle sans rougeur autour et non douloureuses. Quelques-unes de ces vésicules crèvent spontanément et il s'en forme incessamment de nouvelles. Il n'y a pas d'engorgement ganglionnaire perceptible au cou, mais dans la région sous maxillaire on note la présence de plusieurs cicatrices consécutives à des abcès.

L'incision et l'examen histologique de quelques-unes de ces pseudo-vésicules a démontré qu'il s'agit de *varices lymphatiques développées au dépens soit des lymphatiques papillaires soit des sinus sous papillaires*. Les cavités contiennent de la lymphe et sont limitées par un endothélium contenu dans autre paroi propre. On ne trouve pas de streptocoques dans les tissus examinés. En piquant avec une lancette une de ces ampoules lymphatiques on en peut tirer non seulement une goutte de lymphe, mais toute une série de gouttes. On pourrait recueillir peut-être de cette façon un centimètre cube de liquide.

Des névrodermites.

M. Louis Wickham présente une série de malades atteints de *névrose cutanée* offrant des types divers de *reaction cutanée* (*eczématiforme, lichénienne, urticarienne*). *L'un deux* (*névrose cutanée a réaction urticarienne pure, urticaire chronique*) est un alcoolique avéré. Les excès de boisson ont commencé précisément quelques semaines avant le début du prurit, et d'ailleurs les paroxysmes sont toujours venus depuis à l'occasion de nouveaux excès. L'alcool peut donc être considéré comme la cause déterminante du prurit. Mais le terrain était préparé, non point que le malade fût particulièrement névropathe, mais on trouve dans la ligne héréditaire collatérale : un *frère mort aliéné*, un *autre frère atteint de prurigo intense* dès l'enfance, dont la *fille* est elle-même atteinte d'un *violent prurigo* depuis sa naissance.

Un autre point intéressant est la longue période de prurit *sine materia*, de névrodermie préexistante. En effet, pendant cinq années, le malade a souffert de violentes démangeaisons qui l'ont plusieurs fois conduit à l'hôpital, sans qu'il se soit produit par le grattage la moindre éruption cutanée. Vers la fin de la cinquième année est apparue la première poussée urticarienne qui date d'un an.

Pendant tout le cours de ces cinq années, le diagnostic porté aurait été certainement et à juste titre, celui de *névrodermie alcoolique*, de prurit alcoolique, et pourtant il s'agissait seulement d'une phase de prurit préexistante à la dermatose urticarienne.

Cette observation constitue un *fait de transition entre la névrodermie et la névrodermite et montre qu'il est impossible d'affirmer en présence d'un prurit* sine materia *que cette névrose restera toujours pure*. Elle montre aussi que le grattage seul ne produit pas toujours la lésion éruptive. On ne peut concevoir, en effet, qu'il ait fallu au grattage cinq années pour arriver à produire l'urticaire. Pourquoi la peau s'est-elle mise à réagir au grattage? On ne peut ici qu'invoquer un degré plus grand de fatigue stomacale obtenu à la longue par l'alcool. Mais il est certain que le prurit n'a été que la cause provocatrice de la lésion.

Une autre observation de M. Wickham confirme le fait que les maladies dite *pruritus hiemalis* ne sont pas des affections spéciales, mais simplement *des variétés de névrodermites* dans lesquelles le système nerveux reconnaît particulièrement pour causes déterminantes les influences saisonnières.

M. Fournier fait remarquer à quel point les lésions d'urticaire chronique que présente l'un de ces malades simulent la syphilis. Le diagnostic objectif seul serait très difficile à faire.

M. Brocq. S'il n'y avait les commémoratifs que M. Wickham a indiqués, on serait obligé de porter dans ce cas le diagnostic de *prurigo ferox*.

M. Wickham rappelle que ce qui l'a conduit à éliminer le diagnostic de prurigo ferox pour accepter celui d'urticaire chronique, est la constatation, non point de quelques éléments urticariens disséminés, comme cela arrive dans le prurigo ferox, mais de groupes de calculs, de groupes d'éléments ortiés à disparition rapide

Le moindre grattage détermine de l'urticaire (urticaire factice), D'ailleurs, il n'est jamais apparu d'autres variétés d'éléments éruptifs et chacune des poussées a toujours été constituée par cet état nettement urticarien.

M. Brocq. — Alors, ce cas m'intéresse d'une manière toute particulière, car ce serait l'exemple remarquable d'un fait de passage entre l'urticaire chronique et le prurigo ferox.

Lupus et grossesse.

MM. Bar et Thibierge. — L'influence de la grossesse est en général, et à un degré variable, nuisible au lupus. Dans un cas, au cours de 13 grossesses, 13 fois le lupus a récidivé pour disparaître au moment du retour des règles.

Syphilis rénale précoce.

M. Gastou présente un cas dans lequel l'albuminurie et l'œdème des membres inférieurs ont apparu au troisième mois du début du chancre. Celui-ci n'est pas encore cicatrisé ; il siège à l'abdomen et a présenté un caractère de malignité anormale.

Syphilis conjonctivale.

MM. Fournier et Terson. La syphilis secondaire atteint presque toujours l'iris, aussi est-il très rare de rencontrer de la syphilis conjonctivale Dans le cas présenté, les deux yeux sont atteints. Les conjonctives, extrêmement congestionnées, sont œdématenses, dures, empâtées, infiltrées et forment en dépliant la paupière comme une carapace. Les signes subjectifs peu accentnés ne sont nullement en rapport avec l'intensité de l'inflammation. A la conjonctivite s'ajoute, du côté droit, de l'iritis syphylitique.

BIBLIOGRAPHIE

Chirurgie des voies urinaires. Etudes cliniques, par le Dr E. Loumeau, chef de clinique à la Faculté de médecine de Bordeaux. — Chez Féret et fils, à Bordeaux.

Le Dr E. Loumeau vient de réunir en un volume important une série d'études cliniques pleines d'intérêt sur la chirurgie des voies urinaires. Ce sont des observations bien documentées de malades soigneusement étudiés ; une critique sévère, empreinte d'un esprit chirurgical très précis, très méthodique et très sage accompagne l'histoire de chaque cas rapporté par l'auteur. Ce livre, présenté d'ailleurs sous une forme originale, est riche en faits ; il échappe un peu à l'analyse en raison de la multiplicité des points de pathologie chirurgicale auxquels il touche. Entre autres chapitres, celui qui traite des rapports de l'hydrocèle vaginale et des rétrécissements de l'urètre, celui aussi où l'auteur conseille, dans une large plaie opératoire de la vessie, la suture de l'organe à la paroi abdominale que j'ai pratiquée deux fois dans des circonstances un peu analogues et qu'un de mes élèves a récemment préconisée dans sa thèse, enfin l'étude des rapports du phimosis et de l'incontinence nocturne d'urine, m'ont paru particulièrement intéressants. Le livre du Dr E. Loumeau mérite bien le titre qu'il porte ; c'est une vraie œuvre de bonne clinique. On lira en raison des bénéfices qu'on en peut retirer.

P. S.

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

Académie des sciences. — Séance publique annuelle.

DISTRIBUTION DES PRIX POUR L'ANNÉE 1893.

Anatomie et zoologie. — *Prix Thore.* — M. Corbière, professeur de sciences naturelles au lycée de Cherbourg pour ses Muscinées de Cherbourg.

Médecine et chirurgie. — *Prix Montyon.* — MM. les Drs Huchard, Delorme, Pinard et Varnier. Mentions : MM. Vialet, Neumann, Fiessenger. Des citations sont accordées à MM. les Drs Claisse, Comby, Delore, Testut et Em. Blanc.

Prix Barbier. — MM. A. Sanson, E. Gilbert. Mentions honorables : MM. Sabouraux, Manclaire.

Prix Bréant. — Le prix est partagé entre MM. Netter, professeur agrégé, Thoinot, Gimbert, Burlureaux. Une mention est accordée à M. Gaillard.

Prix Godard. — M. Tourneux, professeur d'histologie à la Faculté de médecine de Lille.

Prix Sèvres. — MM. Pizon, professeur au Lycée de Nantes; Sabatier, doyen de la Faculté des sciences de Montpellier, Letulle, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Prix Bellion. — MM. Chabié, Constan.

Prix Mège. — M. Hergott, ancien professeur de la Faculté de médecine de Nancy.

Prix Lallemand. — M. Frolard, professeur à l'École de médecine d'Alger.

Physiologie. — *Prix Montyon.* — MM. Laulanié, Ahelous et Langlois. Des mentions sont accordées à MM. Griffitis et Crié.

Prix Lacaze. — Le prix est décerné à M. d'Arsonval.

Prix Pourat. — M. Meyer, chargé de cours à Toulouse.

Prix Martin-Damourette. — M. le Dr Géranx, médecin-major de 1re classe.

Hygiène. — *Prix Montyon.* — M. le Dr Morvand.

Arts insalubres. — *Prix Montyon.* — MM Gordos et Coquillon. Mention honorable à M. le Dr Gréhant.

Congrès français de chirurgie.

Dans sa dernière réunion, le comité du Congrès français de chirurgie a nommé M. Picqué secrétaire général en remplacement de M. Pozzi, démissionnaire. M. Guinard a été désigné pour remplir les fonctions de secrétaire général adjoint, qu'occupait M. Picqué. Mais le comité, dans un élan de reconnaissance très largement légitimé par les services rendus, n'a pas voulu que celui qui, après avoir organisé le Congrès, s'est pendant plusieurs années dépensé pour lui, se retirât sans avoir reçu de ses collègues une marque particulière de gratitude. M. Pozzi a été nommé secrétaire général honoraire du Congrès français de chirurgie.

Concours d'externat.

Voici les questions qui ont été posées jusqu'ici pour l'épreuve de pathologie : Signes et diagnostic de la pneumonie franche aiguë — Signes et diagnostic de la fièvre typhoïde. — Signes et diagnostic de l'érysipèle. — Signes et diagnostic de la scarlatine. — Signes et complications du rhumatisme articulaire aigu. — Fractures de l'extrémité inférieure du radius.

Hôpitaux de Paris.

Mutations. — Voici les changements survenus dans le personnel des médecins des hôpitaux :

M. Gouraud passe de Cochin à la Charité ; M. Juhel-Renoy, d'Aubervilliers à Cochin ; M. Rigal, de Necker à Beaujon; M. Huchard, de Bichat à Necker; M. Roques, de Tenon à Bichat; M. Cuffer, de Tenon à Necker; M. Raymond, de Lariboisière à la Salpêtrière; M. Dreyfus-Brisac, de Laënnec à Lariboisière; M. Oulmont, de Tenon à Laënnec; M. Chauffard, de Broussais à Laënnec; M. Muselier, de la Pitié à Broussais; M. Josias, de Ste-Périne à la Pitié; M. H. Martin, de Hérold (anciennement hôpital du Danube) à Tenon; M. A. Petit, du Bureau central à Ste-Périne ; MM. Netter et Gilbert, du Bureau central à Tenon ; M. Variot, du Bureau central à Hérold ; MM. Babinski et Siredey, du bureau central à Aubervilliers.

A partir du 1er janvier prochain, les mutations suivantes auront lieu dans le personnel des chirurgiens : M. Routier passera d'Ivry à Necker (voies urinaires); M. Brun, de Bicêtre aux Enfants-Malades; M. Gérard-Marchant, du Bureau central à Ivry ; M. Bazy du Bureau central à Bicêtre.

Prix de l'Internat. — Médecine. — *Médaille d'or* : M. Boix. — *Médaille d'argent* : MM. Teissier et Veillon (*ex æquo*).

Chirurgie. — *Médaille d'or* : M. Souligoux ; *Médaille d'argent* : M. Cazin.

Une *mention honorable* a été accordée à M. Genonville.

Service de santé militaire.

NOMINATIONS. — M. Debausseaux, médecin principal de 1re classe, est nommé directeur au 15e corps : M. Morvand, médecin principal de 1re classe, est nommé médecin en chef de l'hôpital de Toulouse ; M. Duchemin, médecin principal de 1re classe, est nommé directeur au 9e corps, M. Mutin, médecin principal de 1re classe, est nommé directeur à Oran ; M. Gavoy, médecin principal de 2e classe, est nommé médecin chef de l'hôpital, à Villemanzy, à Lyon.

École du service de santé militaire.

NOMINATIONS. — MM. Boisson, Blohlanc et Ferrier, médecins-majors de 2e classe ont été nommés répétiteurs à l'École du service de santé militaire.

Nécrologie.

M. le Dr Merget, ancien professeur de physique médicale à la Faculté de médecine de Bordeaux. — M. le Dr Bonnichon, de Saint-Armand-Mont-Rond. — M. le Dr Jacques Charles, de Saint-Étienne. — M. le Dr Guillemin, médecin militaire. — M. le Dr Savoureux, de Coudes. — M. le Dr Monceaux, de Paris. — M. le Dr Thobons, de Masnières.

NOTES D'ANATOMIE, DE PHYSIOLOGIE ET DE PATHOLOGIE

Diagnostic de l'hydarthrose.

Arthrite chronique, caractérisée par une accumulation de liquide séreux dans la synoviale articulaire, telle est la définition classique de l'*hydarthrose*.

L'importance accordée par cette définition à l'élément inflammatoire devrait faire rejeter du cadre clinique de l'hydarthrose les cas d'épanchements articulaires séreux amenés par une stase ou une dyscrasie sanguine, qualifiés par Gosselin arthrites hydropiques. Mais comme ce sont là des cas peu fréquents, que souvent il est difficile, dans la pathogénie de l'épanchement, de préciser la part de l'inflammation de la séreuse nous ne craindrons pas ici d'élargir la question, en comprenant sous le titre d'hydarthrose tous les épanchements séreux intrasynoviaux survenus sans phénomènes inflammatoires aigus, sauf à en rechercher ensuite la nature exacte.

Le diagnostic différentiel de l'hydarthrose est simple dans la majorité des cas, car il s'appuie sur des signes bien définis et d'une constatation facile : c'est, à la vue, la déformation de l'article et son augmentation de volume, contrastant dans les cas un peu anciens avec l'atrophie du reste du membre ; à la palpation, la fluctuation dans les points où la synoviale est accessible, et quand l'affection a déjà évolué depuis quelque temps l'épaississement de la séreuse et des bourrelets adipeux qui la doublent. Que l'on joigne à cela l'attitude du membre spéciale pour chaque articulation, l'absence de réaction locale ou générale et l'on aura dans ses grands traits, le tableau clinique de l'hydarthrose.

Rarement, cette dernière sera simulée par une affection extra-articulaire. — L'*œdème* de la région s'en distingue aisément par l'engorgement diffus du tissu cellulaire, la possibilité de produire le godet caractéristique, l'intégrité absolue des mouvements de l'articulation souvent compromis dans l'hydarthrose. Mais dans le cas d'entorse, l'infiltration du tissu cellulaire peut exister avec l'épanchement intrasynovial.

L'*hygroma* séreux des bourses juxta-articulaires peut en imposer plus facilement, surtout s'il s'agit de bourses séreuses anormales. — Ainsi, la bourse sous-tricipitale du genou peut être isolée de la grande synoviale surtout chez les enfants, et ses épanchements en imposer pour une hydarthrose ; de même, pour la bourse sous-tricipitale du coude. Inversement un kyste poplité communiquant avec la synoviale du genou peut être pris pour une poche indépendante et l'hydarthrose passer inaperçue ; même remarque pour le prolongement bicipital de la synoviale de l'épaule.

Parmi les bourses séreuse normales, celle de la patte d'oie, peut être le siège d'épanchements d'une interprétation parfois difficile, car, comme l'hydarthrose du genou, ils s'accompagnent de demi-flexion du membre et, lorsqu'il y a coexistence, comme dans un cas rapporté par Trélat, l'évacuation de l'hygroma par la ponction peut seule permettre l'appréciation nette de l'état de la jointure. — De son côté, la bourse infra-patellaire, en raison de ses rapports, ne peut se développer que par en haut, sur les côtés du ligament rotulien, c'est-à-dire du côté de l'article d'où résultent une fluctuation paraissant siéger dans l'articulation même et un effacement des dépressions situées sur les côtés du tendon rotulien. Mais la douleur et le gonflement sont limités à la région sous-rotulienne, la partie supérieure de l'article ayant conservé son aspect normal, et de plus il est impossible de constater le choc rotulien. Toutefois, suivant la remarque de M. Dubreuil, l'hygroma prétibial bien développé peut repousser en avant la pointe de la rotule et donner lieu ainsi à une fausse mobilité simulant le choc rotulien.

Les *abcès ossifluents*, lorsqu'ils contractent avec l'article des connexions insuitées, peuvent devenir une cause d'erreur. Il en était ainsi dans le cas rapporté par M. Duplay. (*Arch. générales méd.*, 1876) où un abcès juxta-articulaire simulait le relief du cul-de-sac sous-tricipital. La rotule, il est vrai, n'était pas projetée en avant, mais bien rejetée en dehors, et il était impossible de provoquer le choc, ce qui fit faire le diagnostic.

Enfin des *ostéosarcomes* doués en certains points de leur surface d'une mollesse spéciale ont pu faire songer à une hydarthrose ; mais généralement c'est plutôt la tumeur blanche qui crée l'hésitation dans ce cas.

L'affection une fois localisée dans la synoviale les états pathologiques de cette dernière peuvent encore faire errer le diagnostic.

L'*hemarthrose* a, pour la différencier des caractères bien connus ; la rapidité dans la production de l'épanchement, opposée à sa lenteur dans le cas de l'hydarthrose traumatique, quelquefois la coloration rouge ecchymotique de la peau de la jointure, l'élévation de la température locale, la quantité considérable de l'épanchement, la crépitation sanguine, et par la suite une réaction inflammatoire plus ou moins vive.

Dans la *tumeur blanche* il n'y a pas de fluctuation véritable, sauf le cas où des abcès se sont développés, mais plutôt une sorte de pseudo-fluctuation, de rénitence, d'élasticité au niveau des fongosités ; la douleur, les troubles fonctionnels sont accentués dès le début, et, étant donnée la rareté des formes synoviales pures de la tuberculose articulaire, on pourra bien souvent trouver l'empreinte de cette dernière du côté des extrémités osseuses.

L'arthropathie tabétique se caractérise aisément par la brusquerie avec laquelle se fait l'épanchement, l'œdème étendu du membre, l'atrophie, considérable et rapide des épiphyses, la constatation d'autres accidents propres au tabes.

L'hydarthrose a subi dans sa pathogénie la même évolution que la pleurésie et l'hydrocèle : le domaine de l'hydarthrose idiopathique va diminuant chaque jour, et la valeur séméiologique de l'épanchement séreux intrasynovial s'accroît d'autant. Au diagnostic de la cause s'attache donc ici un intérêt spécial ; mais comme la physionomie clinique de l'épanchement varie peu quelle qu'en soit l'origine, il en résulte que c'est dans l'examen du malade qu'on trouvera d'ordinaire les éléments les plus précieux du diagnostic étiologique.

L'hydarthrose est, suivant les cas, primitive, se produisant sous l'influence d'un traumatisme dans une articulation jusqu'alors normale et en dehors de toute influence pathologique générale, ou bien, elle est secondaire à une lésion locale ou générale.

Le *traumatisme* dont relève l'hydarthrose peut être local, atteignant l'article lui-même, ou bien porter sur un point éloigné de la jointure et ne retentir sur elle que par une action à distance.

Local le traumatisme peut être direct : c'est la contusion articulaire ou bien indirect, agissant par le mécanisme de l'entorse.

Dans ce dernier groupe rentrent très probablement la plupart des hydarthroses conséquences d'un traumatisme atteignant un point éloigné de l'articulation ; hydarthroses symptomatiques des fractures du fémur, plus rarement du tibia, fractures qui, du reste, peut atteindre la diaphyse ou l'épiphyse.

A la suite des hydarthroses traumatiques se placent d'une façon assez naturelle celles qui se produisent lors des premières tentatives de mobilisation exercées sur une jointure depuis longtemps au repos, surtout si celle-ci n'est pas absolument indemne, par exemple quand on enlève un appareil à extension continue pour fracture de cuisse.

La lésion locale dont relèvent les hydarthroses secondaires ne pourra être révélée que par un interrogatoire minutieux des parties constituantes de la jointure ou même du membre tout entier.

Du côté de l'articulation elle-même, on notera suivant les cas : *un corps étranger ;* l'hydarthrose alors sera souvent aiguë, survenant à l'occasion d'un faux pas, et accompagnée d'une vive douleur — les lésions de l'*arthrite déformante* dont l'évolution peut être marquée par des poussées aiguës, accompagnées d'un épanchement généralement peu considérable, quelquefois au contraire abondant et tenace ; — ou bien c'est l'*ostéomyélite de croissance* qui doit être incriminée, soit dans sa forme bénigne se révélant simplement par une augmentation des diamètres du bulbe de l'os et par une douleur vive au même point, soit dans sa forme grave et alors elle peut survenir soit dans sa phase aiguë soit dans sa phase chronique (ostéomyélite prolongée), plus rarement les *tumeurs diverses des épiphyses*, les *exostoses* interviennent dans la genèse de l'hydarthrose.

Parmi les lésions juxta-articulaires, celles des vaisseaux tiennent le premier rang : *anévrysme* artériel ou artério-veineux exerçant une irritation de voisinage — *phlegmatia* des nouvelles accouchées ou des cachectiques, déterminant un épanchement à début toujours rapide, à marche analogue à celle de l'œdème dont il suit les fluctuations — la *lymphangite* dans toutes ses formes même les plus légères, cependant de préférence chez les individus débilités, quelquefois accompagnée d'une hydarthrose rarement énorme, peu douloureuse, facilement résorbable. Enfin la plupart des *tumeurs* voisines de la jointure, lorsqu'elles s'approchent suffisamment de la synoviale.

Les influences générales entrent souvent en jeu : ce sont, l'*anasarque*, le *rhumatisme chronique* et dans ces cas plusieurs jointures sont d'ordinaire frappées, beaucoup plus souvent des *maladies infectieuses*. Rarement il s'agit d'états infectieux aigus : *état puerpéral, dysentérie, scarlatine, fièvre typhoïde*, et encore dans les cas de ce genre il est souvent bien difficile de faire la part de l'hydarthrose et de l'arthrite aiguë, pseudo-rhumatismale, si fréquente dans ces affections.

Plus souvent interviennent la *blennorrhagie*, la *syphilis*, et la *tuberculose* et l'absence de commémoratifs précis ou bien, au contraire, la coïncidence d'accidents imputables à ces trois grandes infections, peuvent créer des difficultés de diagnostic presque insurmontables.

Dans les 3 cas, le genou est atteint de préférence. Mais l'hydarthrose blennorrhagique a pour elle son apparition presque soudaine, généralement du 10e au 20e jour de l'infection, son volume considérable son indolence souvent absolue, mais surtout sa ténacité, la fréquence des récidives chaque fois que le sujet est atteint d'une nouvelle chaudepisse.

L'hydarthrose de la syphilis peut apparaître à toutes les périodes de cette maladie. Exceptionnellement elle précède l'apparition des manifestations secondaires ; plus souvent elle coïncide avec elles et lorsqu'elle se montre dans la période tertiaire elle est le plus souvent symptomatique de lésions de voisinage, gommes du périoste ou de la synoviale. C'est un épanchement à début très insidieux, sans aucune réaction, parfois ne compromettant même pas la marche, qui disparaît assez vite sous l'influence du traitement, mais peut reparaître, affectant les caractères de l'hydarthrose intermittente.

Pour dépister la nature tuberculeuse de certains épanchements articulaires, il faudra tenir compte de la tuméfaction souvent très marquée de la synoviale et répartie d'une façon irrégulière, transformant le cul-de-sac sous tricipital du genou en un bourrelet dur roulant sous le doigt; de l'existence, rare il est vrai, d'un crépitement particulier dû à des dépôts de fibrine sur la face interne de la séreuse, de la reproduction rapide de l'épanchement après la ponction; de l'irrégularité de son évolution; de ses intermittences.

Cette périodicité s'est accusée avec une netteté toute spéciale dans certaines hydarthroses rattachées par certains auteurs au *paludisme*, genèse qui ne saurait être invoquée pour tous les cas, et en l'absence de connaissances plus précises, on est bien obligé de prononcer ici le mot d'hydarthrose essentielle.

GLANTENAY.

Le Directeur-Gérant : F. DE RANSE.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame — Téléphone.

TABLE ALPHABÉTIQUE DES MATIÈRES

CONTENUES

DANS LE TOME II DE LA HUITIÈME SÉRIE DE LA GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

ANNÉE 1893

A

B

C

S

T

U

V

TABLE DES AUTEURS

PARIS. — IMPRIMERIE A. DAVY, 52, RUE MADAME